17. C. 119

Digitized by the Internet Archive
in 2012 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/despseudotrangle00henr

17. Ce. 149

DES

PSEUDO-ÉTRANGLEMENTS

QUE L'ON PEUT RAPPORTER

A LA

PARALYSIE DE L'INTESTIN

PAR

BOSTON MEDICAL LIBRARY ASSOCIATION.

Le Dr A.-Henri HENROT

Interne lauréat (médaille d'argent) des hôpitaux de Paris,
Ex-interne de l'Hôtel-Dieu de Reims,
Ex-prosecteur et lauréat de cette école,
Membre de la Société anatomique.

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1865

DES

PSEUDO-ÉTRANGLEMENTS

QUE L'ON PEUT RAPPORTER

A LA

PARALYSIE DE L'INTESTIN

PAR

Le Dr A.-Henri HENROT

Interne lauréat (médaille d'argent) des hôpitaux de Paris,
Ex-interne de l'Hôtel-Dieu de Reims,
Ex-prosecteur et lauréat de cette école,
Membre de la Société anatomique.

BOSTON MÉDICAL LIBRARY ASSOCIATION

PARIS
ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1865

AVANT-PROPOS

Les maladies qui peuvent simuler l'étranglement interne de l'intestin sont très-nombreuses ; elles présentent, quant à leur siége, de grandes variétés ; nous n'avons pas la prétention, dans ce travail, d'avoir réuni tous les cas où la confusion a été faite. Un sujet aussi vaste aurait demandé des recherches bibliographiques très-longues ; car il se rattache d'un côté à toutes les maladies médicales et chirurgicales de l'abdomen, de l'autre à quelques affections générales, aux paralysies, aux névroses, etc. De plus, pour assigner d'une façon précise le véritable rôle que joue la paralysie de l'intestin, dans la production des phénomènes d'occlusion intestinale, il eût fallu instituer toute une série d'expérimentations physiologiques sur les animaux.

Des circonstances particulières nous obligeant à quitter très-prochainement Paris, nous avons dû renoncer à ces deux sources qui nous eussent été si utiles ; la bibliographie et l'expérimentation.

Nous avons cru cependant que, même incomplet, notre travail offrirait un certain intérêt au point de vue pratique. Dès, en effet, que chez un individu surviennent des signes d'occlusion intestinale, constipation opiniâtre, vomissements bilieux, puis fécaloïdes, ballonnement du ventre, etc., on est tout de suite tenté d'attribuer la cause de ces phénomènes à un obstacle mécanique au cours des matières. Quelques auteurs sont tellement pénétrés de cette pensée, que M. Masson, par exemple, dans son excellente thèse (1), a pu dire : « Dans aucun des cas où la mort a suivi les symptômes de l'occlusion intestinale, il n'est arrivé qu'on n'ait

(1) Masson. Thèse de Paris, page 24; 1857.

pas rencontré à l'autopsie la *cause mécanique* qui avait dû produire ces symptômes. »

Nous citons plus loin plusieurs cas dans lesquels les cliniciens les plus distingués et les plus habitués à triompher des difficultés du diagnostic ont pu admettre des étranglements qui n'existaient pas, et dans quelques cas même proposer ou au moins accepter des opérations de la gravité de la gastrotomie ou de l'entérotomie. Nous avons voulu signaler des erreurs de ce genre pour montrer que tous les signes de l'étranglement peuvent exister en l'absence de tout obstacle mécanique au cours des matières ; et, comme du diagnostic dépend dans ce genre d'affection la conduite que le médecin doit tenir, que celle-ci est essentiellement différente, suivant l'idée à laquelle il s'arrête, puisque dans un cas il doit opérer ou stimuler l'intestin par des purgatifs énergiques, et que dans l'autre il doit recourir aux antiphlogistiques et aux calmants, nous croyons qu'il y a une certaine utilité à appeler l'attention des cliniciens sur ces faits.

Nous diviserons notre sujet en trois parties :

La première contiendra l'énumération, aussi méthodique que possible, des faits cliniques dans lesquels on a supposé un obstacle mécanique qui n'existait pas; ce sera la plus développée.

Dans la deuxième, en recherchant comment se produisent les phénomènes d'occlusion intestinale, dans tous ces cas où le calibre de l'intestin n'a pas été mécaniquement rétréci; nous nous efforcerons de rattacher à une cause unique, la paralysie de l'intestin, ce groupe symptomatique constant, qui a son point de départ dans des organes si variés.

Dans une troisième partie enfin, nous verrons s'il est toujours possible d'établir le diagnostic entre une occlusion mécanique et la paralysie de l'intestin, et nous tâcherons d'indiquer les différents moyens thérapeutiques que l'on doit diriger contre l'une des maladies les plus graves du cadre nosologique.

LIBRARY

DES

PSEUDO-ÉTRANGLEMENTS

QUE L'ON PEUT RAPPORTER

A LA PARALYSIE DE L'INTESTIN.

PREMIÈRE PARTIE

Faits cliniques.

Avant de chercher à établir par quel mécanisme se produisent les symptômes d'occlusion intestinale, lorsqu'il n'y a aucun obstacle mécanique au cours des matières, établissons d'abord par des faits cliniques qu'il existe un assez grand nombre de faits dans lesquels les cliniciens les plus habiles ont cru à un obstacle matériel, diminuant plus ou moins le calibre intestinal, alors que celui-ci était complétement respecté.

Tout d'abord expliquons-nous sur le sens que nous donnons aux mots occlusion intestinale, étranglement interne, volvulus, obstruction intestinale, oblitération intestinale, etc.

M. le Dr Masson (1) définit très-clairement le sens qu'il faut attacher à ces différents mots :

(1) Masson. Thèse de Paris, p. 36, 1857.

«Je donne, dit-il, au mot *occlusion intestinale*, une acception générale, embrassant toutes les variétés que j'ai successivement dénommées (invagination, volvulus, étranglement interne, obstruction et oblitération intestinales), et je me propose d'étudier sous ce titre tous les cas dans lesquels il existe un empêchement complet à ce que les matières intestinales suivent leur cours dans leur direction habituelle.

Et plus loin il dit :

«Il y a occlusion toutes les fois que, dans un point du tube intestinal, la cavité de ce tube disparaît sous l'influence d'une cause quelconque, en déterminant, pour un temps au moins, un arrêt complet dans le cours habituel des matières intestinales, arrêt qui se traduit bientôt par un ensemble de symptômes locaux et généraux presque toujours les mêmes. »

M. Besnier (1) se sert également du mot *occlusion intestinale* pour désigner tous les cas dans lesquels il existe un empêchement complet à ce que les matières intestinales suivent leur cours régulier, quelle que soit d'ailleurs la cause de cet empêchement.

A l'exemple de ces messieurs, nous conserverons au mot *occlusion* le sens large qu'ils lui ont donné : « *tout empêchement complet à ce que les matières intestinales suivent leur cours régulier* ; » mais nous établirons une grande division, suivant que l'occlusion est produite par un obstacle matériel qui diminue plus ou moins le calibre de l'intestin, ou par un état particulier de cet organe, la paralysie, qui détermine les mêmes phénomènes, sans diminuer le calibre intestinal.

Nous admettons donc une occlusion mécanique et une occlusion paralytique.

L'occlusion (2) mécanique ne nous occupera pas ; elle comprend toutes les variétés d'étranglements internes, nous nous contenterons d'en donner un tableau anatomique qui permettra d'en prendre une idée générale.

(1) Besnier. Thèse de Paris, 1857.

(2) Les mots : *iléus, passio iliaca, miserere mei, vomitus stercoris,* ayant une signification très-vague doivent être abandonnés.

- **CAUSES** de l'occlusion mécanique de l'intestin ; ou des différentes variétés d'étranglements internes.
  - *A*. La cause siége dans l'intérieur de l'intestin.
    - I. Obstruction.
      - corps étrangers
        - venus du dehors :
          - noyaux de fruits.
          - boules de verre, d'ivoire.
        - developpés dans la cavité de l'intestin :
          - matière fécale durcie.
          - concrétions intestinales.
          - calculs biliaires.
          - ascarides.
          - égagropiles.
  - *B*. La cause siége dans la paroi de l'intestin.
    - II. Invagination ou intussusception
      - de l'intestin grêle.
      - du gros intestin.
      - des deux intestins l'un dans l'autre.
        - double ou à 5 cylindres,
        - triple ou à 7 cylindres.
    - III. Rétrécissement ou oblitération.
      - par hypertrophie du tissu sous-muqueux.
      - — du tissu musculaire.
      - par épaississement et induration de la valvule iléo-cæcale.
      - par épanchement de sang entre deux tuniques intestinales.
      - par dégénérescence cancéreuse des parois.
      - par cicatrices de l'intestin à la suite d'ulcérations.
      - par polypes de l'intestin.
      - par kystes hydatiques (*Compendium*).
      - par rétrécissement à la suite de réduction de hernie.
      - par hypertrophie d'une valvule connivente.
    - IV. Volvulus ou torsion de l'intestin.
    - V. Flexion anormale ou adhérences de l'intestin.
  - *C*. La cause siége en dehors de l'intestin.
    - VI. Étranglement interne proprement dit
      - par brides
        - solides et pleines :
          - celluleuses.
          - pseudo-membraneuses.
          - fibreuses.
          - épiploïques.
          - mésentériques
          - péritonéales.
        - creuses :
          - trompe utérine.
          - appendice cæcal.
          - brides intestinales.
          - appendice diverticulaire.
      - dans une ouverture
        - anormale :
          - divers replis péritonéaux.
          - rupture de l'utérus, se contractant sur un anse intestinale.
        - accidentelle : — nœuds diverticulaires
          - simples.
          - doubles.
        - normale. — Hiatus de Vinslow.
      - dans un ancien sac ou hernies profondes ne faisant aucune saillie au dehors.
        - hernie ischiatique.
        - hernie diaphragmatique.
    - VII. Par compression :
      - par tumeur abdominale :
        - amas de ganglions mésentériques tuberculeux.
        - tumeur du pancréas.
        - — de l'ovaire.
        - — de l'utérus.
      - déplacement d'organe : déplacement de la rate.

On peut résumer ce tableau en spécifiant ainsi chacune des variétés de l'occlusion mécanique de l'intestin :

1° Dans l'*obstruction*, la cavité de l'intestin se trouve bouchée par un corps venu du dehors ou développé dans cette cavité même.

2° Dans l'*invagination*, une portion d'intestin pénètre anormalement dans une autre.

3° Dans l'*oblitération* ou le *rétrécissement*, l'arrêt des matières est causé uniquement par des altérations développées dans les parois intestinales et amenant une diminution plus ou moins grande dans le calibre de la cavité de l'intestin.

4° Dans le *volvulus*, les intestins sont enroulés, entortillés, enchevêtrés l'un dans l'autre.

5° Dans la *flexion anormale*, une portion d'intestin ayant contracté avec les parties voisines des adhérences qui l'immobilisent, la circulation des matières est gênée.

6° Dans l'*étranglement interne proprement dit*, l'intestin se trouve étranglé par le même mécanisme que dans l'étranglement externe herniaire.

7° Dans l'*étranglement par compression*, le calibre de l'intestin est plus ou moins diminué, par suite de l'aplatissement de ses parois.

Dans tous les cas que nous venons de citer et dont nous avons fait une énumération peut-être un peu longue, on voit que les symptômes d'occlusion peuvent toujours très-facilement s'expliquer par un obstacle mécanique s'opposant à la progression des matières fécales en diminuant ou en obstruant complétement le calibre de l'intestin.

Aussi, en présence d'une aussi grande variété de faits, dans lesquels les phénomènes d'occlusion s'expliquent si facilement par un agent mécanique, la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question ont-ils dit qu'en dehors de la cause mécanique il n'y en avait pas d'autres qui pût produire ces symptômes.

M. Raige-Delorme dit (1) : « L'anatomie pathologique a démontré que les symptômes décrits sous les noms de *volvulus*, d'*iléus* ou de *passion iliaque*, dépendent toujours d'une disposition matérielle quelconque ayant pour effet d'interrompre plus ou moins complétement la continuité du canal intestinal et d'intercepter le cours des matières qui doivent le traverser.

(1) Dict. en 30 vol., t. XXX, p. 861.

Voici comment M. Masson s'exprime à ce sujet : « Toutes les fois qu'il y a occlusion, à l'autopsie on trouve un obstacle mécanique. » Il continue et dit : « Cependant quelques auteurs admettent que les symptômes de l'occlusion intestinale peuvent se produire, en l'absence de toute lésion anatomique, par suite d'un simple trouble dans l'innervation. Les partisans de cet iléus nerveux, comme ils l'appellent, en admettent même deux variétés : dans l'une, il n'y a nulle part obstacle au cours des matières, le mouvement antipéristaltique s'est seulement substitué au mouvement péristaltique normal dans toute l'étendue du tube intestinal; dans l'autre, l'occlusion est produite en un point par une contraction spasmodique de l'intestin. Que les partisans de l'iléus nerveux publient l'autopsie d'un individu ayant succombé avec les symptômes de l'occlusion intestinale et chez lequel on n'aura trouvé aucun obstacle mécanique au cours des matières, et l'existence de l'iléus nerveux cessera dès lors de reposer sur une hypothèse. »

Sans discuter ici s'il y a ou s'il n'y a pas d'iléus spasmodique, nous allons prouver par des faits cliniques que, dans bien des cas où les malades ont succombé avec les symptômes de l'occlusion intestinale, on n'a rencontré aucun obstacle mécanique au cours des matières.

Nous serons donc sur ce point en opposition complète avec MM. Raige-Delorme, Masson et les auteurs qui comme eux ont, suivant nous, fait jouer un rôle trop considérable aux phénomènes mécaniques dans la production de la constipation, de la tympanite, des vomissements bilieux et fécaloïdes, des douleurs abdominales, etc.

Pour mettre un peu d'ordre dans les faits que nous avons à citer d'occlusion paralytique de l'intestin, nous les diviserons suivant que les affections qui simulent l'étranglement interne (occlusion mécanique) siégent :

1° Dans le péritoine;

2° Dans l'intestin lui-même ou dans les nerfs qui lui donnent le mouvement;

3° Dans les organes plus ou moins éloignés de l'intestin, et qui, par leur siége, ne peuvent amener de troubles dans ses fonctions par une action mécanique.

CHAPITRE Ier

MALADIES DU PERITOINE QUI PEUVENT SIMULER L'ÉTRANGLEMENT INTESTINAL.

Ces maladies se divisent naturellement en deux groupes, les aiguës et les chroniques.

A. Maladies chroniques.

Ces dernières ne nous occuperont pas longtemps.

Louis (1), le premier, a signalé cette cause d'occlusion ;

M. Cossy (2), dans un bon mémoire, a produit cinq faits inédits ;

Enfin M. Besnier (3), dans son article intitulé *De l'Étranglement par flexion*, a analysé ces faits, sans toutefois en produire de nouveaux :

« Lorsqu'une portion d'intestin, dit cet auteur, a contracté avec les parties voisines des adhérences morbides, elle est partiellement frappée d'une immobilité qui apporte un obstacle plus ou moins considérable à la libre circulation des matières. Si à ces conditions défavorables viennent se joindre des inflexions plus ou moins prononcées et plus ou moins multipliées de la portion d'intestin adhérente, l'obstacle au cours des matières peut devenir considérable, complet, et amener la mort par lui-même. »

On comprend que ces adhérences, en fixant l'intestin dans une position vicieuse, gênent ou même abolissent le mouvement péristaltique.

Pour M. Cossy, l'adhérence, même peu étendue, d'une portion d'intestin dans l'excavation pelvienne, soit avec les parois de cette excavation, soit avec les organes qui y sont contenus, sans *lésion de calibre de l'intestin*, constitue une prédisposition plus ou moins puissante à l'engouement intestinal.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1827, 1re série, t. XIV, p. 203.
(2) *Mém. de la Soc. médic. d'observation*, 3e vol. 1856.
(3) Mémoire. *Étranglements internes de l'intestin*. Paris, 1860.

Les symptômes sont ceux que détermine tout obstacle à la circulation stercorale et n'ont rien qui permette d'établir le diagnostic de la nature de l'obstacle.

Il ressort encore des recherches de M. Cossy que les cas d'adhérences générales de l'intestin ne s'accompagnent d'aucun trouble notable dans le cours des selles, tandis que ce trouble existe d'une façon positive quand les adhérences sont peu étendues. De notre côté, nous avions été frappé de ce fait, qu'à l'autopsie d'individus morts de péritonite chronique généralisée et où toute la masse intestinale était englobée d'une façon inextricable dans un magma très-résistant de fausses membranes, ces malades n'avaient pas présenté de troubles notables dans le cours des fèces. A notre point de vue, ce qu'il nous importe de constater, c'est, d'une part, que dans tous ces cas les malades ont éprouvé les signes habituels de l'étranglement interne, de l'autre, que le calibre de l'intestin n'était pas changé ou qu'il était à peine diminué.

Nous nous contenterons de donner un résumé très-succinct de l'observation de Louis, qui servira ainsi de transition entre les occlusions mécaniques et celles d'un autre ordre que nous étudierons plus tard.

Observation Ire (résumé). — Engouement de l'intestin grêle par suite de l'adhérence d'une portion de l'iléon voisine du cæcum, à l'utérus.

Femme de 31 ans, malade depuis trois mois, admise à la Charité le 30 avril 1827.

L'affection avait débuté par des douleurs non localisées, des nausées, des vomissemens de bile, quelques frissons. Persistance de ces symptômes pendant deux mois et demi. Dans cet espace de temps, il n'y avait de selles qu'à l'aide de lavements.

Dans les quinze derniers jours, constipation opiniâtre, lavements rendus sans addition; vomissements très-fréquents et toujours bilieux; ventre très-douloureux.

1er mai. Anxiété, expression de douleurs dans les traits, intelligence parfaite.

Douleurs vives, nausées; ventre extrêmement volumineux, circonvolutions intestinales se dessinant lors de l'exaspération des douleurs.

Constipation toujours absolue; pouls petit, si petit qu'il est difficile de le sentir. — 20 sangsues, lavement avec 30 grammes d'huile de ricin.

Le 2. Météorisme ; constipation persistant toujours, respiration accélérée ; pouls presque imperceptible. — Lavement purgatif, 8 grains de calomel.

La malade pousse des cris presque continuels ; deux petites selles au dire des voisines ; agitation très-vive ; mort le lendemain.

Autopsie. Pas le moindre épanchement dans la cavité abdominale, circonvolutions se précipitant à travers l'incision ; celles-ci sont volumineuses, parfaitement libres. A une petite distance du cæcum, adhérence de l'intestin grêle à l'utérus, et à la partie antérieure de l'ovaire droit la direction de l'intestin est à peu près celle d'un Z ; la partie d'intestin qui correspondait à l'adhérence avait environ 4 pouces de longueur ; l'indicateur pénétrait facilement dans cette partie, il n'était arrêté que par les changements de direction.

A l'intérieur, l'intestin grêle contenait peu de gaz, mais une énorme quantité de matières fécales.

La tunique musculaire est très-hypertrophiée ; la muqueuse est épaissie, ramollie dans toute son étendue au point de s'enlever comme du mucus ; elle présente une foule de petites ulcérations.

La partie de l'iléum correspondant à l'adhérence était froncée sans être rétrécie.

Cette observation est la seule de ce genre que Louis ait rencontrée sur 3,000 malades dont 330 furent autopsiés.

Nous citons seulement les cinq observations de M. Cossy.

Obs. II. — Engouement de l'intestin grêle survenu dans le cours d'une péritonite tuberculeuse ; adhérences étendues de l'iléon dont deux circonvolutions voisines du cæcum sont fixées au plancher de l'excavation pelvienne ; constipation non absolue ; vomissements stercoraux.

Durée des derniers accidents, dix-sept à dix-huit jours.

Homme de 32 ans, cordonnier.

Obs. III. — Engouement incomplet de l'intestin grêle causé par l'adhérence de divers points de la moitié inférieure de l'iléon au détroit inférieur du bassin, ainsi qu'à un kyste séreux de l'ovaire droit. Vomissements verdâtres, selles diarrhéiques, marche lente. Femme de 34 ans, cuisinière.

Obs. IV. — Engouement de l'intestin grêle causé par des adhérences très-anciennes de la fin de l'iléon avec le détroit supérieur du bassin. Péritonite aiguë, générale, précédant immédiatement les symptômes de l'engouement ; vomissements bilieux, constipation et diarrhée. Durée, un mois environ. Homme de 40 ans, paveur.

Obs. V. — Engouement de l'intestin grêle par suite de l'adhérence

de deux anses de l'iléon voisines du cæcum à la face postérieure de la vessie hypertrophiée.

Péritonite aiguë, constipation, vomissements abondants de matières fétides. Durée, huit jours. Homme de 45 ans, manouvrier.

Obs. VI. — Obstacle au cours des matières fécales par suite de l'adhérence de l'S iliaque du côlon à l'utérus cancéreux. Constipation non absolue ; vomissements de liquides verdâtres et jaunâtres. Durée, vingt jours environ. Femme de 56 ans, blanchisseuse.

B. Maladies aiguës du péritoine.

Celles-ci nous occuperont un peu plus longuement.

Parmi les maladies aiguës du péritoine qui apportent une certaine gêne dans les mouvements de l'intestin, il n'y a que les inflammations qui tiennent une place un peu importante ; mais en revanche, toutes les fois que la séreuse a subi l'une des modifications anatomiques qui traduit l'inflammation (dépolissement, injection, fausses membranes), cette altération anatomique se traduit symptomatologiquement par une gêne toujours marquée des mouvements péristaltiques de l'intestin.

C'est ainsi que, dans toutes les péritonites aiguës quel qu'en soit le point de départ, le ballonnement du ventre, en nous montrant que les intestins sont distendus par des gaz, nous révèle aussi un certain degré d'inertie de la paroi intestinale qui ne réagit que d'une façon incomplète et insuffisante pour amener leur expulsion.

Quel que soit le mode de production de ces gaz, il n'en est pas moins vrai que l'intestin ne réagit pas comme il le fait à l'état physiologique, et cependant il n'y a là aucun obstacle mécanique qui s'oppose à leur sortie ; c'est donc à une inertie de la paroi qu'il faut attribuer ce phénomène, soit que cette paroi ait subi dans ses éléments anatomiques une modification assez considérable pour que son fonctionnement soit gêné, soit que l'irritation du péritoine réagisse par l'intermédiaire des ganglions du grand sympathique ou de la moelle sur les fibres musculaires de l'intestin et en amène la semi-paralysie ; nous aurons plus loin à discuter cette question ; quoi qu'il en soit, toutes les formes de péritonite n'agissent pas de la même façon sur la tunique musculaire de l'intestin.

Les péritonites aiguës, qu'elles soient spontanées (en admettant que leur existence soit bien prouvée), ou qu'elles soient dues à la propagation d'une inflammation d'un organe voisin, mettent toujours un certain temps à se développer. Dans ces cas, le péritoine n'est pas subitement impressionné, comme lorsqu'il s'agit d'une péritonite par perforation, il réagit d'une façon moins énergique sur la contractilité de l'intestin ; celui-ci à son tour conserve plus de tonicité, il ne se laisse pas passivement distendre par les gaz qu'il peut encore expulser. Dans ces cas le péritoine n'a pas été envahi tout d'un coup dans toute son étendue, l'inflammation, qui a pris son point de départ dans un organe, s'est propagée de proche en proche et a fini par devenir générale. Quelquefois, nous le savons, cette propagation est très-rapide; mais, quelle que soit sa rapidité, elle n'est jamais instantanée comme dans les cas où un corps irritant tombant tout à coup dans le péritoine détermine d'emblée une péritonite suraiguë généralisée.

Il résulte de ces considérations que les péritonites aiguës par propagation de l'inflammation d'un organe voisin au péritoine ont une certaine lenteur dans leur marche; la douleur est localisée dans l'organe primitivement malade, avant de devenir générale; la tympanite s'est développée peu à peu. Ces cas sont rarement confondus avec les étranglements internes de l'intestin, aussi les laisserons-nous complétement de côté.

Les choses se passent d'une tout autre façon dans la péritonite par perforation; car alors, au moment où les liquides arrivent dans le péritoine, celui-ci, subitement saisi et impressionné dans toute son étendue, réagit avec violence; le ballonnement du ventre, la constipation apparaissent aussitôt. C'est dans ces cas que ces symptômes simulent de la façon la plus parfaite l'étranglement intestinal, et comme on n'est pas assez prévenu qu'une simple péritonite peut donner lieu subitement à ces phénomènes d'occlusion, il en résulte qu'on diagnostique presque toujours un étranglement par cause mécanique contre lequel on administre les drastiques les plus énergiques, espérant toujours vaincre la constipation. On comprend facilement combien dans les cas qui nous occupent une telle médication est désastreuse pour le malade; tous ces purgatifs, donnant de nouveaux coups de fouet à

l'inflammation jusqu'à ce que celle-ci, ayant atteint son maximum d'intensité, le malade périsse autant par la faute du médecin que par la faute de sa maladie.

Toutes les péritonites par perforation ne simulent pas au même degré l'étranglement intestinal. Celles, par exemple, qui surviennent dans le cours d'une maladie du tube digestif dont le diagnostic a été fait, comme dans la fièvre typhoïde, sont rarement prises pour un étranglement parce que le médecin est sur ses gardes; il sait l'intestin criblé d'ulcérations. Tout est prévu.

Lorsqu'au contraire il y a dans la cavité abdominale une de ces affections qui ne se révèlent fonctionnellement par aucun trouble, qui à tous nos procédés d'investigation ne fournit aucun signe; si dans ce cas une perforation se produit, le médecin, voyant apparaître dans le cours de la plus parfaite santé apparente des phénomènes d'occlusion, est pris à l'improviste; il se rattache à l'idée la plus probable lorsqu'il y a constipation, tympanite, etc, celle d'un obstacle matériel au cours des matières.

1° *Péritonites par perforation de la vésicule biliaire.* — Des calculs de la vésicule biliaire qui étaient toujours restés indolents, qui jamais n'avaient trahi leur présence par aucun trouble fonctionnel ont pu, à un moment donné, sans cause appréciable, sans qu'on ait pu même trouver dans la conformation arrondie de ces calculs une cause mécanique d'ulcération de la paroi de la vésicule, ont pu, disons-nous, perforant la poche qui les avait contenus jusque-là sans manifester sa souffrance, donner lieu tout à coup à une péritonite par perforation qui a été prise pour un étranglement interne de l'intestin.

Nous transcrivons ici une observation de ce genre que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Grisolle.

OBSERVATION VII (*inédite*).

Calculs de la vésicule biliaire. — Péritonite par perforation ayant simulé un étranglement intestinal. — Mort.

L..... (Michel), 42 ans, maçon, est entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Grisolle (salle Sainte-Jeanne, n° 57), le 3 novembre 1863.

Cet homme est d'une bonne santé habituelle ; il abuse un peu des alcooliques.

Le 3 novembre, au matin, en allant travailler, il fut pris tout à coup de coliques très-violentes qui l'obligèrent à s'arrêter ; il était à jeun, il n'avait pris que son petit verre habituel ; la veille, il n'avait fait aucun excès.

Les douleurs persistèrent pendant toute la matinée, présentant plus de violence du côté droit ; constipation.

Le malade entre à l'hôpital le jour même et continue à souffrir toute la nuit.

Le lendemain matin 4, les douleurs sont toujours très-vives ; il n'y a pas eu de selle ; le ventre est ballonné, tendu, très-sonore à la percussion ; la douleur est surtout vive dans la fosse iliaque droite, où elle semble revenir sous forme de crises. Interrogé très-attentivement, le malade déclare, à plusieurs reprises, qu'il n'a jamais eu de douleurs semblables dans la fosse iliaque ou dans l'hypochondre, qu'il n'a jamais été jaune, même passagèrement.

Si on essaye d'explorer l'abdomen, les muscles se contractent aussitôt avec énergie et rendent la palpation impossible.

Le ventre n'est pas déformé, il n'est pas plus saillant d'un côté que de l'autre.

La constipation persiste toujours, le malade ne peut pas rendre de gaz.

Il n'y a pas d'envies de vomir, mais il y a des renvois gazeux par la bouche qui sont très-désagréables et de mauvaise odeur.

On ne constate de hernies dans aucun point de l'abdomen ; aucun des anneaux n'est douloureux.

Le pouls n'est pas très-accéléré, il y a à peine de la fièvre.

Lavement purgatif, huile de ricin, application de sangsues sur le ventre, bain prolongé.

M. Grisolle admet qu'il y a chez ce malade un *obstacle au cours des matières fécales*, probablement produit par une bride intestinale.

Le 5. La position du malade s'est beaucoup aggravée ; il n'a pas eu de garde-robe, malgré les purgatifs et les lavements.

La nuit a été agitée, il a eu du subdélirium ; le matin, il y a quelques absences dans ses réponses.

Le pouls est petit, fréquent, il y a de 100 à 110 pulsations.

Ventre ballonné, mais moins sensible que la veille ; on peut constater dans la fosse iliaque droite une rénitence, une sorte d'empâtement qu'on ne retrouve pas de l'autre côté.

Vomissement de matière jaunâtre bilieuse.

Chaque fois que le malade essaye de parler, il a le hoquet et des renvois gazeux.

2 pilules d'huile de croton, d'une goutte chacune ; vessie froide appliquée sur le ventre pendant toute la journée et toute la nuit.

Lavements froids.

A huit heures du soir, il rend avec un lavement quelques rares matières intestinales.

Le 6. Le ventre est moins dur, moins douloureux, mais toujours ballonné. Il a rendu quelques matières liquides. Les vomissements bilieux continuent.

Le facies n'est pas trop altéré; le malade semble avoir conservé sa gaieté habituelle, mais il délire un peu; le corps est en sueur, la fièvre est très-vive, la respiration est accélérée.

Ces nouveaux symptômes constituent, aux yeux de M. Grisolle, une complication très-fâcheuse. Notre savant maître, croyant toujours à un *étranglement*, envoie chercher M. Jobert de Lamballe, en le laissant libre d'opérer s'il le jugeait convenable. M. Jobert remet au lendemain l'intervention chirurgicale, et propose d'avoir encore recours aux drastiques, huile de ricin d'abord, et ensuite huile de croton; dans le courant de la journée, 2 pilules d'opium et du vin contre le délire.

Le 6, au soir. Pas de vomissement, le délire continue, roideur tétanique et selles abondantes ayant, dit l'infirmier, précédé immédiatement la mort, qui a eu lieu à onze heures et demie du soir.

Autopsie. On trouve, à l'ouverture de l'abdomen, une péritonite généralisée; le péritoine est couvert de fausses membranes molles, se déchirant très-facilement; dans la fosse iliaque droite, elles sont plus épaisses, infiltrées de pus. En décollant les anses intestinales, qui étaient unies les unes aux autres par ces fausses membranes, on peut explorer le cæcum et son appendice, qui ne présentent aucune trace de perforation; en cherchant cependant plus attentivement la cause de cette péritonite, on trouve que la vésicule biliaire est perforée, que cette perforation a donné passage à huit ou dix petits calculs parfaitement arrondis qui sont pour ainsi dire enkystés entre la vésicule et le côlon par des fausses membranes un peu plus épaisses que celles qui existaient dans le reste de la cavité péritonéale.

L'intestin, examiné dans toute son étendue, ne présente pas le moindre obstacle mécanique qui ait pu s'opposer à la progression des matières fécales; ses tuniques sont injectées, mais ne sont pas ramollies.

On ne trouve, ainsi que dans le gros intestin, que des matières jaunâtres liquides.

On ne constate aucune trace de hernie ou de déplacement de l'intestin.

Les calculs qui étaient contenus les uns dans la vésicule, les autres dans la poche comprise entre cette dernière et le côlon transverse et limitée par des fausses membranes, étaient tous arrondis, très-unis, ne présentant pas la moindre aspérité.

Si le malade avait vécu plus longtemps, la paroi du côlon aurait pu se perforer, et livrer ainsi un libre passage aux calculs, qui, une fois dans l'intestin, auraient facilement pu gagner l'extérieur.

Dans ce cas était-il possible de porter un diagnostic précis? Nous ne le croyons pas. Comment, en effet, pouvait-on supposer qu'une dizaine de petits calculs très-nettement arrondis, sans aucune espèce d'aspérité, pussent déterminer une perforation de la vésicule? Le malade avait été questionné avec grand soin; il n'avait jamais eu, non-seulement de coliques hépatiques, mais même la plus légère douleur abdominale; c'était la première fois qu'il était malade; il était donc impossible et de diagnostiquer la présence de ces calculs dans une vésicule qui n'était pas augmentée de volume, et de préciser le point de la perforation. Si on avait assisté au début de la maladie, peut-être aurait-on pu rapporter ces accidents à une péritonite par perforation.

Notre excellent collègue et ami M. Henry Liouville nous a communiqué le fait suivant, qui présente, avec celui que nous venons de citer, une très-grande analogie au point de vue de la lésion anatomique; la symptomatologie a été un peu différente : il y a eu au début des signes d'occlusion intestinale, et plus tard un véritable choléra secondaire. Nous ne craignons pas de donner cette observation dans tous ses détails. Elle est bien de nature à faire voir les difficultés du diagnostic; elle nous fournit aussi l'occasion d'admirer avec quelle prudence la thérapeutique a été faite dans un cas aussi difficile.

Peut-être cependant que les opiacés à hautes doses auraient pu être utiles dès le début de la maladie, s'il y avait des signes certains qui permissent de différencier l'étranglement vrai de la paralysie intestinale produite par la péritonite.

Voici cette très-intéressante observation :

OBSERVATION VIII (*inédite*).

Symptômes d'obstruction intestinale. — Choléra secondaire. — Perforation de la vésicule biliaire par des calculs. — Péritonite. — Mort.

Le 21 mars 1865, mardi soir, entre au n° 25 de la salle Sainte-Jeanne,

à l'Hôtel-Dieu, dans la clinique de M. le professeur Grisolle, un homme de 65 ans, journalier (X. Claude-Étienne).

Déjà un peu affaibli, il nous dit avoir été rarement malade : il aurait eu une jaunisse il y a quarante ans, qu'il attribue à une très-violente émotion. Cependant, il aurait eu aussi et depuis ce moment des coliques qui redevenaient parfois plus ou moins fréquentes, et dont la description paraît être celle des coliques hépatiques.

Cette fois, c'est depuis jeudi 16 mars qu'il souffre. Il était bien portant la veille, n'avait rien fait d'extraordinaire, ne souffrait nullement du ventre. Presque sans cause, au moins par lui appréciable, il sentit un frisson à claquer des dents ; ce malaise a duré plusieurs heures.

Puis alors est survenue une vive douleur dans le ventre, douleur qu'il a ressentie plus forte vers le flanc droit, qu'il pouvait assez bien localiser en haut de l'hypochondre droit, au-dessous du foie, quoique à certains moments, au contraire, elle irradiât un peu dans une bien plus grande partie du ventre.

Le malade est très-précis sur ce point que le frisson est arrivé avant la douleur, et il dit cinq à six heures au moins avant elle. La soif était vive à ce moment.

Il est ainsi resté quatre jours comme cela.

Jamais constipé avant, il n'a pas rendu de matières depuis le jeudi jusqu'au dimanche.

Habitué à rendre quelques vents, il n'en a point rendu non plus depuis le jeudi.

Pendant ce temps le ventre grossissait.

Des vomissements avaient lieu ; ils étaient parfois abondants : du jeudi au vendredi ils étaient *bilieux*, puis ont semblé bientôt au malade avoir un bien plus mauvais goût.

Sur ces entrefaites, le dimanche, quoiqu'il n'eût pris aucune médication, que du repos, du thé, de l'eau glacée, il rendit par le bas quelques matières infectes. Il n'a point conservé ces matières, mais il les décrit comme de petites masses noires, ayant de la ressemblance avec des petites boules, et qui pouvaient bien avoir été des calculs.

Quoi qu'il en soit, depuis ce dimanche la constipation est redevenue plus opiniâtre encore ; il ne rend plus rien par le bas ; vomit toujours et se décide à entrer à l'hôpital le mardi soir 21 mars.

C'est le lendemain mercredi matin, 22, que M. Grisolle l'examine pour la première fois.

La figure ne paraît point altérée : les traits n'offrent point l'expression d'une grande souffrance ; cependant la voix n'est point forte ; le pouls est peu fréquent, mais irrégulier, intermittent, ce qu'on attribue à une ancienne affection cardiaque dont on retrouve quelques traces.

La chaleur est peu forte ; la veille au soir nous avions déjà remarqué que le pouls et la chaleur n'offraient point tous les caractères de la vraie péritonite.

Pouls, 86; température, 36°8; inspiration, 48.

Le ventre est plus volumineux que ces jours-ci : le malade sent qu'il augmente.

Il mesure, circulairement en passant par l'ombilic, 0m,97.

La veille au soir on lui avait donné des lavements; il a rendu les lavements, mais rien autre chose.

Il a de plus des hoquets assez fréquents; c'est hier pour la première fois qu'il en a eu.

La langue est humide, un peu jaunâtre sur les bords. La respiration est un peu accélérée. Il y a une distension évidente des intestins et de l'estomac.

Dans le flanc droit il n'y a pas d'empâtement, pas d'œdème.

On peut toucher son ventre sans qu'il souffre beaucoup; mais il y a un endolorissement général manifeste; cependant le point même de la douleur bien réelle est assez haut, à la partie inférieure du rebord costal droit, et sur la ligne à peu près du mamelon.

La sensibilité en ce point est tout à fait la sensibilité exquise de la péritonite.

De plus, le malade accuse un grand refroidissement des pieds.

Voilà dans quelles circonstances à peu près M. Grisolle discute le diagnostic.

Y aurait-il une invagination?

C'est en effet un peu le siége fréquent. Le malade dit de plus qu'il a déjà eu une autre fois, il y a deux ans, des accidents pareils et qui ont disparu assez facilement, après une durée de vingt-quatre heures. Mais ici nous avons eu frisson et douleur, deux signes d'une phlegmasie assez franche.

Ce n'est pas une simple colique hépatique, et malgré le siége de la douleur et les vomissements verdâtres, il faut l'exclure. Il n'y a pas d'ictère, et il y a eu tout cas, de plus, un *obstacle évident au cours des matières.* De hernie, il n'en porte pas, il n'en a même jamais eu. S'il y avait un peu plus de fièvre, on pourrait penser à une péritonite assez localisée.

Il y a eu un frisson comme dans les phlegmasies, et une douleur assez fixe qui indiquerait une sorte de localisation, car ce n'est pas seulement une paresse intestinale.

Il y a obstruction et péritonite, bien probablement; mais la question est de savoir si la péritonite a été primitive et consécutive. M. Grisolle, dans ce cas, a plus de tendance à croire à la péritonite primitive, quoiqu'il la déclare très-rare.

25 sangsues sur le point douloureux; un bain conditionnel; boisson froide et glacée.

Le soir, le malade se trouve un peu mieux; il n'a pas vomi depuis le matin. Dans la journée, M. Grisolle l'a revu; il ne l'a pas trouvé plus mal. (Huile de ricin, 20 grammes.) Vers quatre ou cinq heures après l'huile de ricin, il rend des matières fécales; il commence à rendre quel-

ques vents par l'anus. A ce moment il éprouve un si grand bien-être qu'il se dit *sauvé*. L'évacuation des vents le soulage considérablement; urination plus facile, plus abondante.

Jeudi. Le cours des matières paraît rétabli, ce qui serait en rapport avec l'idée qu'une péritonite existait primitivement, et était la cause principale de l'obstruction. Moins de hoquets. Cependant il y en a encore quelques-uns. La respiration est encore un peu courte.

La sensibilité de l'abdomen est infiniment moindre : elle existe cependant encore un peu généralisée, mais bien diminuée. Elle est aussi un peu diminuée, quoique se faisant toujours un peu sentir à la partie supérieure droite de l'abdomen.

La figure est plus calme, un peu amincie, mais d'une coloration plus vivante, nullement grippée.

La langue est humide, un peu blanchâtre sur les bords.

Il n'y a pas d'appétit. La soif est toujours vive.

15 sangsues sur le point le plus circonscrit de la douleur.

De nouveau aussi huile de ricin, 15 grammes en deux fois.

Ce matin, à midi, une selle jaunâtre, liquide, et puis matières fécales, jaune foncé, plus dures, un peu moulées.

Le soir, mieux continuant; quelques vents, quelques matières moulées. Il respire plus facilement; grand soulagement. Le pouls est toujours intermittent. Le malade sent que sa parole est plus facile : elle lui revient en effet. Il a la voix moins cassée qu'hier.

Langue bonne, mais ni appétit, ni goût à manger.

Vendredi 24 mars. Mieux continuant. Le malade est plus éveillé, plus libre de ses mouvements, la face plus animée, une douce chaleur sur le corps; sa voix est moins cassée, sa respiration plus calme, plus facile.

Un peu de sommeil.

Huit à dix selles dans la journée, quelques-unes en diarrhée, liquides, infectes.

Il a rendu aussi quelques vents qui l'ont beaucoup soulagé.

Ses hoquets sont plus rares.

Il n'a plus de vomissements.

Le ventre est détendu, souple, maniable dans la plus grande étendue-il n'y a plus cette sensibilité générale si vive à la pression de tout le ventre; mais cependant il y a toujours un peu de sensibilité localisée au même niveau qu'hier, à la partie supérieure droite, au-dessous des côtes et cela même se circonscrit dans un cercle de quelques centimètres. Mensuration du ventre, $0^{m},94$.

Un peu d'appétit. Bouillon et vin.

M. Grisolle n'éloignerait pas l'idée d'une péritonite qui se serait circonscrite au niveau qui reste douloureux, probablement par inflammation du péritoine, peut-être par inflammation du tissu cellulaire, et ayant eu un retentissement et un effet compressif sur l'intestin.

Le samedi 25, même état; cependant toujours hoquets et renvois bi-

lieux ; les selles sont liquides, jaunâtres, avec quelques petits détritus blanchâtres, comme des pellicules blanchâtres, des restes de blanc d'œuf.

Dans la journée, les selles, toujours de même nature, ont été plus nombreuses. Il y a eu comme une grande *débâcle*.

Le dimanche 26. La débâcle continue ; les selles sont toujours liquides avec leurs grumeaux blanc-grisâtres.

Encore un peu de sensibilité du ventre, mais seulement à la pression, localisée dans un espace de 4 à 5 centimètres, au niveau du bord inférieur du foie, à la partie interne, et sur le trajet à peu près d'une ligne qui descendrait du sein droit.

Toujours quelques hoquets.

Pas de vomissements.

Peu d'appétit. La langue est toujours un peu blanche. La teinte de la face serait peut-être un peu plus jaunâtre. — On continue les cataplasmes, le vin, le bouillon.

Le pouls est à 46, inspirations 28, température 36°.

A la suite d'un hoquet, un *vomissement* de matière aqueuse, un peu jaunâtre et verdâtre.

La peau est un peu plus fraîche ; le malade en a conscience ; car il s'est senti refroidi toute la journée, surtout aux pieds.

Le lundi 27. L'appétit ne revient pas.

M. Grisolle trouve qu'il maigrit un peu ; le facies est en effet altéré ; la voix toujours comme cassée. La débâcle a paru cesser depuis la nuit à minuit.

La sensibilité générale de l'abdomen ne se réveille plus ; la sensibilité locale elle-même est moins exquise ; M. Grisolle peut presser sur cette place circonscrite et ne réveiller qu'une petite douleur.

Par la palpation, il ne sent rien profondément qui lui permette de préciser plus encore le diagnostic.

Cependant malgré l'absence ou la diminution des symptômes si graves de la rétention intestinale ou de la péritonite, la convalescence ne s'établit point du tout franchement.

Pour M. Grisolle, le pronostic doit être plus réservé ; on fait appliquer un *vésicatoire* au point encore un peu sensible.

Le mardi 28. Le malade paraît un peu plus abattu ; la voix est plus cassée, les traits de la face sont plus altérés : les yeux sont excavés, bordés de noir.

La face offre dans son ensemble une teinte spéciale, comme bistrée.

La peau est généralement refroidie, elle a perdu son élasticité, surtout à la face dorsale des mains, où l'on peut faire persister les plis qu'on a formés en la tirant ; elle est un peu moite, gluante.

Les mains offrent une teinte cyanique.

Il y a eu des vomissements verdâtres.

Les garde-robes ont été nombreuses dans la nuit ; plus de 20.

Les matières sont liquides, glaireuses, blanchâtres ; ce sont bien des selles cholériformes ; odeur fétide.

Pas d'albumine dans l'urine, quelques douleurs dans les genoux ; il compare ces douleurs à celles du rhumatisme, et quelquefois, mais assez vaguement, à des crampes.

Pouls 42, température 35°, inspirations 26.

Tous ces symptômes font donc voir la complication survenue d'un choléra secondaire.

Le soir. Le malade ne paraît pas plus mal.

Peut-être y a-t-il un peu de réaction générale, mais encore peu manifeste ; il y a moins de selles, deux vomissements bilieux, quelquefois hoquets.

Plus de difficulté pour uriner.

Voix toujours cassée, bouche plus sèche.

Cependant la langue est humide, rosée ; mais elle est *fraîche*.

Plis de la peau persistant partout à la pince.

Le mercredi 29. Le malade paraît peut-être un peu mieux d'un côté, mais quelques signes d'un autre côté viennent contre-balancer le mieux-être.

Toujours défaut d'élasticité de la peau.

Langue fraîche, voix cassée.

Il y a eu cependant moins de selles; mais il y a difficulté à uriner. Très-petite quantité d'urine. Par tout cela, confirmation des phénomènes cholériformes.

Le jeudi 30. Refroidissement général, peau, membres supérieurs et inférieurs ; sur la langue surtout grande fraîcheur.

L'urination toujours difficile ; selles peu nombreuses ; elles ne sont plus aussi caractéristiques que les premières; elles sont un peu rougeâtres, toujours liquides, glaireuses.

Le pouls toujours petit, filiforme, très-difficile à compter.

La peau toujours de moins en moins élastique.

Voix toujours cassée.

Pouls, 58; temp. 34° , insp. 18. — 2 vésicatoires aux cuisses.

Le soir, l'état a encore empiré.

Il y a une prostration extrême; la face est colorée ou bleuâtre, foncée cyanosée.

Le refroidissement est extrême, surtout des parties exposées à l'air.

Les mains, la face sont glaciales.

Le pouls n'est plus comptable aux *radiales*, tant il est petit, filiforme ; 58 pulsations aux crurales; la respiration est courte, assez difficile ; l'intervalle de chaque respiration est très-long.

Le malade est comme anéanti ; il ne demande plus le bassin, il paraît sommeiller profondément, quoique ses paupières, flasques comme la peau de ses mains, closent à peine ses yeux.

Dans la nuit, il meurt, sans rien présenter de plus spécial.

Autopsie. L'autopsie est faite le samedi 1er avril 1865, devant M. Grisolle, par M. Lancereaux, chef de la clinique.

L'état cadavérique n'indique que peu de roideur ; le cerveau, les poumons, le cœur, n'offrent rien de spécial; la teinte des membranes internes du cœur et de l'aorte est marquée par une coloration lie de vin très-notable, quelquefois continue, d'autres fois par places et ne disparaissant par le lavage.

La cavité abdominale laisse voir sur toute la face péritonéale de l'intestin des traces d'une péritonite; état poisseux, quelques fausses membranes, mais point de liquide.

Les intestins sont un peu agglutinés les uns aux autres, mais faiblement dans presque toute l'étendue; ils le sont peut-être un peu plus au niveau du point douloureux soupçonné malade.

Là, en effet, sous le rebord du foie, apparaît au siége de la vésicule biliaire, une collection puriforme de la grosseur d'une orange ; collection formée par le foie à sa face inférieure, et les intestins qui, quoique accolés un peu, sont cependant libres, si on les détache; la vésicule biliaire déchirée, et dont les débris flottent crénelés, déchiquetés par la base surtout, plonge dans cette sorte de poche accidentelle, qui contient une masse gluante, jaunâtre, puriforme, dans laquelle se trouvent 8 à 10 petits calculs biliaires, noirâtres, friables et laissant quand on les presse une petite bouillie jaune foncé ; quelques-uns cependant sont plus durs, mais aucun n'est pierreux. Il y a donc: rupture de la vésicule biliaire, dont il ne reste plus que la partie collée contre la face inférieure du foie, et collection puriforme circonscrite, contenant des calculs; mais ce foyer ne communique avec aucune autre partie.

Le reste des conduits biliaires est sain ; on retrouve dans le canal cholédoque quelques petits calculs noirâtres, analogues à ceux trouvés dans le foyer; on en retrouve aussi dans quelques parties de l'intestin, surtout vers la valvule pylorique ; ceux-ci sont alors en petits grains friables.

Mais l'*intestin, examiné avec soin, n'offre ni à l'extérieur ni à l'intérieur de traces de compression, d'étranglement ou de perforation ;* quelques-unes des parties sont teintées par la bile à l'extérieur ; aucune n'offre d'indices de pression exercée en un point spécial.

L'intérieur de cet intestin ne fait point non plus soupçonner qu'il y ait eu un point qui ait pu être comprimé plus spécialement à certain moment ; il n'y a nulle part surtout de traces d'étranglement.

Les seules manifestations diarrhéiques abondantes y ont laissé leurs impressions par une augmentation des glandes, de la véritable *psorentérie* et une injection plus ou moins vive de la muqueuse.

La vessie, examinée, n'offrait rien de particulier, non plus que la *rate* ou les *reins*. On a aussi examiné l'*estomac*, dans lequel se trouvait un peu de mucus verdâtre, d'aspect bilieux, mais rien autre ; le larynx n'offrait rien de spécial.

Voici encore quelques cas où des calculs biliaires ont simulé l'étranglement interne ; nous ne faisons que les signaler :

Obs. IX. — Calcul biliaire retenu dans l'intestin grêle déterminant des symptômes d'étranglement (*Union médicale*, 1856, p. 422).

Obs. X. — Occlusion intestinale produite par un calcul biliaire (*Archives de médecine*, t. XLI, p. 360).

Obs. XI. — Calcul biliaire retenu dans l'intestin grêle, symptômes d'étranglement interne rapidement dissipés par la palpation de l'abdomen (*Gazette des hôpitaux*, 20 septembre 1856).

Obs. XII. — Calculs biliaires dans le jéjunum, avec symptômes d'étranglement interne de l'intestin (*Bulletins de la Société anatomique*, 1827, p. 26).

Obs. XIII. — Calculs biliaires, avec symptômes d'étranglement intestinal (*Bulletins de la Société anatomique*, 1834, p. 101).

Dans ces différents cas, on ne peut évidemment pas rapporter la cause des symptômes d'étranglement à l'obstacle mécanique que les calculs ont apporté dans l'intestin. Il faudrait qu'un calcul biliaire fût bien gros pour qu'il pût obturer l'intestin ; nous savons cependant qu'il y a des cas de ce genre. Dans les observations que nous venons de citer, nous croyons qu'il faut attribuer la production de ces phénomènes à une autre cause.

2° *Péritonites par perforation de l'appendice cæcal.* Parmi les affections latentes de l'abdomen, nous pouvons encore signaler les perforations de l'appendice cæcal, que celles-ci soient spontanées ou qu'elles soient le résultat d'une ulcération produite par un corps étranger ou par un calcul intestinal.

Dans ces cas, le travail pathologique se fait d'une façon latente dans l'appendice, les signes physiques et fonctionnels restant complétement muets, et puis tout à coup la perforation se fait et amène avec elle des phénomènes si semblables à ceux de l'étranglement que là encore la confusion est facile, la maladie primitive n'ayant pu être diagnostiquée.

Dans certains cas même, il est permis de penser que la seule présence d'un corps étranger dans l'appendice y ayant déter-

miné une ulcération suffit pour produire des symptômes d'étranglement avant que la perforation se soit produite ; c'est ce qui semble s'être passé dans l'une des observations suivantes (obs. 17).

Nous allons citer quelques observations de perforation de l'appendice qui ont été prises pour des étranglements internes.

Nous verrons que dans quelques-unes la perforation est spontanée, que dans d'autres elle est due à la présence d'un corps étranger ou d'un calcul intestinal.

Nous devons l'observation suivante à notre collègue et ami M. René Blache.

Les pièces ont été présentées à la Société anatomique dans la séance du 3 février 1865, et à ce propos l'honorable président, M. le professeur Cruveilhier, disait que « les cas de ce genre, qui simulent l'étranglement, étaient très-mal connus. » Il regrettait qu'il n'en ait pas été fait d'étude spéciale, et il appelait tout particulièrement l'attention sur ce sujet, en insistant surtout sur les difficultés très-grandes que présente le diagnostic.

M. Millard, médecin de l'hôpital des Enfants Malades, rappelait qu'il avait présenté, il y a quelques années, à la Société une pièce ayant de grandes analogies avec celle de M. Blache. Comme dans ce dernier cas on avait diagnostiqué un étranglement, de plus on avait administré des drastiques, M. Millard se demandait, dans la cause de la mort du malade, quelle part il fallait attribuer à la maladie et quelle autre devait être imputée au médecin.

Voici l'observation de M. Blache :

OBSERVATION XIV (*inédite*).

Perforation intestinale et ulcération de l'appendice iléo-cæcal amenant une péritonite partielle prise pour un étranglement interne.

Le malade qui fait le sujet de cette présentation est entré à la Maison de santé dans l'état suivant : visage pâle, yeux caves, extrémités humides et froides, le pouls petit et peu fréquent, se plaignant de vives coliques, avec nausées et fréquentes éructations. Depuis trois jours seulement il était malade, croyant à une simple indigestion ; il avait eu d'atroces coliques, et des vomissements d'abord de matières alimentaires, puis de bile

et de glaires ; le ventre était ballonné et offrait dans la fosse iliaque droite un *empâtement circonscrit* et très-douloureux à la pression.

Le malade ne pouvait boire ni tisane ni bouillon sans vomir presque immédiatement ; il n'allait pas à la garde-robe. On crut à un *étranglement interne*, et on prescrivit un lavement avec de l'huile de croton tiglium, qu'il rendit avec peu de matières. Les vomissements continuaient, et les douleurs de ventre étaient atroces.

Deux jours après son entrée, il mourut subitement à la suite d'une crise violente, de douleurs abdominales, et avec les symptômes de la perforation spontanée.

A l'autopsie, faite vingt-six heures après la mort, on trouva le péritoine plein d'un liquide jaunâtre mêlé de matières stercorales indiquant une *perforation* qu'on trouva en effet dans le bout supérieur de l'intestin, à peu de distance du duodénum.

Cette perforation était évidemment de date récente; il n'y avait point d'ulcération en ce point, les bords en étaient rouges, et c'était bien elle qui avait tué le malade subitement.

Cependant on voyait dans la fosse iliaque droite un *paquet intestinal entouré de fausses membranes* assez épaisses. On crut alors trouver là le siége de l'*étranglement présumé*. En écartant avec soin les anses intestinales accolées par des fausses membranes, on vit alors que l'appendice iléo-cæcal, dont la longueur était assez considérable, contournait la dernière portion de l'intestin grêle ; cependant le calibre de ce dernier *n'était nullement intercepté ni rétréci*. En décollant l'appendice couché sur l'intestin grêle, on vit alors *deux perforations ulcérées* sur les bords qui devaient avoir plusieurs jours de date. En fendant dans la longueur l'appendice iléo-cæcal, on y trouva seulement de la matière stercorale *durcie*, mais pas de corps étrangers.

Il devint évident alors que ces petites perforations avaient été le *point de départ d'une péritonite partielle* dont les fausses membranes étaient une preuve évidente et dont les symptômes avaient simulé un étranglement interne.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre ; elle nous montre d'abord des ulcérations de l'appendice iléo-cæcal ayant déterminé une péritonite par perforation qui a elle-même simulé un étranglement intestinal. L'existence de cette péritonite est démontrée d'une façon évidente par les fausses membranes, qu'on a trouvées principalement dans cette région.

De plus, elle nous fait voir que, sous une influence inconnue, il s'est fait dans la partie supérieur de l'intestin, au niveau du duodénum, une autre perforation qui, en donnant une nouvelle exacerbation aux phénomènes, a donné la mort.

L'observation suivante a une grande analogie avec la précédente :

OBSERVATION XV.

Péritonite (1) simulant d'abord un étranglement interne ; mort. Péritonite générale par perforation de l'appendice iléo-cæcal.

Brélant, âgé de 16 ans, d'assez faible constitution, élève de l'École normale, entre à la Clinique le 20 mai 1853.

Il n'avait jamais été gravement malade, lorsque deux jours après une longue promenade où il avait commis quelques actes d'intempérance, il apprend une nouvelle affligeante, et bientôt il ressent dans l'abdomen de vives douleurs qu'il compare à des coups de poignard et qui sont promptement suivies de vomissements répétés. On administre de l'huile de ricin qui procure l'évacuation de matières endurcies.

État actuel. — Face grippée, vomissements persistants ; abdomen tendu, très-douloureux dans la région hypogastrique, constipation opiniâtre ; pouls petit, dur et fréquent. Un peu de délire la nuit précédente. *On soupçonne un étranglement interne.* — 20 sangsues à l'hypogastre, bain prolongé, lavement laxatif.

Le 21, même état ; douleur plus vive dans le flanc droit où la percussion fait constater du bruit humorique.

M. le Dr Strohl, chargé temporairement du service, prescrit de la glace au lieu des boissons que l'estomac rejette immédiatement. — Couche de collodion appliquée sur le bas-ventre, frictions mercurielles aux cuisses ; lavement avec tabac 2 grammes en décoction dans eau 200.0.

Les jours suivants les vomissements, la constipation et les autres accidents persistent. Urines rares. (Traitement *ut supra.*) Un peu de soulagement. La péritonite poursuit son cours sous des apparences assez modérées. — Glace, potion laxative avec huile de ricin ; bains.

Le 31, nous voyons le malade : abdomen ballonné, dur, non très-douloureux ; pouls vif, à 120, assez développé et résistant. — Saignée de 300 grammes, onctions mercurielles sur le ventre, lavement de guimauve ; limonade tartrique.

Les jours suivants même état. (Traitement *ut supra*, bains prolongés. La langue devient rouge et sèche, la diarrhée apparaît. — Tisane de riz, lavement de pavot.

Le 4 juin, même état. — 15 sangsues à l'anus.

Les jours suivants, fièvre persistante, faiblesse croissante, vomituritions, insomnie, abdomen tendu et douloureux. — Onctions mercurielles opiacées.

(1) *Gaz. des Hôpitaux*, janvier 1854.

Le malade décline rapidement et succombe le 8 au matin, après vingt jours de maladie.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Abdomen. A l'incision des parois éruption de gaz fétides, adhérence de l'épiploon avec les parois abdominales et les circonvolutions intestinales qui sont agglomérées entre elles; liquide purulent, brunâtre, contenant des parcelles de matières fécales; plusieurs foyers de pus circonscrits; désordres plus prononcés vers la région iliaque droite; en détruisant les adhérences dans ce point, on tombe dans un foyer de pus brunâtre contenant des matières fécales. Les intestins qui forment les parois du foyer sont d'un rouge violacé, y compris l'appendice cæcal qui présente à 2 centimètres de son insertion au cæcum une perforation à bords minces, irréguliers, gris brunâtre, de 1 centimètre d'ouverture. L'orifice ouvrant dans le cæcum est très-étroit, l'extrémité de l'appendice est intacte. La muqueuse de la fin de l'intestin grêle et celle du cæcum sont rouge-foncé, on y voit quelques plaques de Peyer pointillées. Rien de particulier dans les autres organes.

Voici le résumé d'une observation où la perforation avait été produite par un calcul intestinal.

OBSERVATION XVI (*inédite*).

Un petit bonhomme d'une dizaine d'années est amené le dimanche, 29 mai 1864, à dix heures du matin, à l'hôpital des Enfants.

Le médecin de la ville l'a envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'étranglement interne de l'intestin. Le petit malade est très-anxieux, il est pâle, violacé; le ventre est ballonné, il meurt deux heures après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie, faite avec grand soin, permit à mon ami, M. Robertet, de constater une péritonite très-aiguë, avec fausses membranes molles.

Ne trouvant aucune cause de péritonite dans les différents organes, et sachant combien la péritonite aiguë spontanée est rare, M. Robertet, en cherchant très-minutieusement, découvrit sur l'appendice iléo-cæcal une perforation grande comme une tête d'épingle; au-dessus et au-dessous de ce pertuis il sentit deux corps arrondis qu'il croit être des noyaux de cerise. Il ouvrit l'appendice et il constata la présence de petits corps arrondis, durs, du volume d'un noyau de cerise; ceux-ci, examinés attentivement, présentent une masse grisâtre homogène; à la loupe, on distingue un point central autour duquel se voient des couches régulièrement concentriques. Ces petits corps sont portés à M. Reveil qui en fait l'analyse, et qui y trouve surtout de la cholestérine.

La surface interne de l'appendice est grisâtre, parsemée de petits points noirs répondant à l'orifice des glandules.

Pas d'ulcération dans l'intestin ; rien du côté des plaques de Peyer.

Le malade, n'ayant pour ainsi dire pas été observé à l'hôpital puisqu'il n'y a vécu que deux heures, cette observation laisse beaucoup à désirer au point de vue symptomatologique, cependant dans ce cas le diagnostic d'étranglement interne de l'intestin avait été porté par le médecin de la ville.

Les cas de perforation de l'appendice iléo-cæcal par des corps étrangers sont assez fréquents, en voici quelques-uns qui ont été pris pour des étranglements internes.

Je dois à mon collègue et ami, M. Nicaise, l'observation suivante et les réflexions qui l'accompagnent.

OBSERVATION XVII (*inédite*).

Perforation de l'appendice iléo-cæcal par un noyau de prune ; péritonite. Mort.

Durand (J.), 17 ans, garçon marchand de vin, entre le 1er août 1863, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 7, service de M. Pelletan.

Le 30 juillet, ce malade est pris tout à coup de coliques assez vives.

Le 31, les coliques persistent avec céphalalgie, étourdissement, saignement de nez (il y avait alors une épidémie de fièvre typhoïde et presque tous les malades présentaient ces derniers symptômes).

Il entre, le 1er août, dans l'après-midi ; la peau est chaude, moite, le pouls est fréquent et fort ; il y a de la céphalalgie, de l'étourdissement ; la face exprime la douleur ; constipation ; le ventre est ballonné, tendu, assez dur, douloureux à la pression. — Cataplasme.

Le 2, même état ; douleurs de ventre plus vives ; pas de selles. — Purgation qui est vomie par le malade.

Le soir et la nuit, il est pris de vomissements abondants de matières verdâtres bilieuses qui ressemblent, quant à leur couleur, aux matières fécales, mais qui cependant n'en ont pas l'odeur. Il vomit deux lombrics ; pas de selles, ténesmes. — Cataplasme laudanisé.

Le 3, état sensiblement le même que la veille ; vomissements bilieux, douleurs de ventre vives ; pouls plein, fort ; face non grippée. — 15 ventouses scarifiées sur le ventre ; cataplasme belladoné, lavement purgatif.

On suppose *un étranglement interne.*

Le 4, ventre tendu, douloureux ; nouveaux vomissements bilieux, pendant la nuit ; la douleur de ventre semble se localiser au-dessus de l'ombilic ; pas de selles, le malade a rendu par un lavement une très-petite quantité de matières stercorales liquides ; le soir, la douleur s'est

déplacée ; au lieu de siéger au-dessus de l'ombilic, elle siége sur la ligne médiane, à l'épigastre et dans le flanc gauche.

Le 5. Pas de selles ; le ventre est très-douloureux à la pression ; la douleur est plus généralisée que la veille, vomissements abondants de matières liquides, jaunâtres ; agitation. — Glace, cataplasme, bains de deux heures, demi-lavement purgatif.

Le 6. Vomissements fécaloïdes ; odeur fécale bien marquée ; face grippée, pouls petit, extrémités froides. — Vésicatoire à l'épigastre, cataplasme laudanisé sur le ventre ; glace.

Le 7. Pas de vomissements ni de selles ; extrémités froides, le malade meurt à midi.

Autopsie faite quarante-trois heures après la mort. On trouve une péritonite généralisée ; le péritoine est injecté par place ; il n'y a pas d'adhérences entre les anses intestinales ; la séreuse est recouverte d'une couche mince de fausses membranes. Dans les parties déclives, dans les fosses iliaques, dans le petit bassin le pus est réuni en masse.

L'intestin, qui est distendu par les gaz, présente en certains points une arborisation assez prononcée et une coloration violacée.

Dans la fosse iliaque droite les dernières anses de l'intestin grêle sont adhérentes entre elles et au cæcum par des fausses membranes molles qui se rompent très-facilement.

A droite du cæcum on trouve un détritus grumeleux grisâtre, au milieu duquel il y a un noyau de prune.

L'appendice est flottant, coupé en deux par son milieu ; les deux bouts sont également dilatés et retenus ensemble par le petit mésentère qui se prolonge sur cet appendice ; l'intestin, examiné dans toute sa longueur, ne présente aucune modification dans son calibre ; sa muqueuse a une coloration rosée, excepté en quelques points où il y a une injection vive et de petits points noirâtres.

Rien aux plaques de Peyer.

L'intestin ne renferme que peu de matières jaunâtres liquides.

Dans le gros intestin la muqueuse est saine, il n'y a qu'un peu de matière fécale jaunâtre très-fluide. Pas de lésions des autres organes.

Réflexions. — Les symptômes prédominants furent la constipation opiniâtre, les vomissements, la douleur du ventre qui s'est généralisée à la fin de la maladie, après avoir presenté une intensité variable aux divers points de l'abdomen et à différents moments.

On avait donc supposé un *étranglement interne.*

Dans ce cas les symptômes d'étranglement n'étaient-ils pas dus à la compression exercée dans l'appendice de dedans en dehors

par le noyau de prune, alors que la perforation ne s'était pas encore faite? Ne pourrait-on pas rapprocher ce fait de celui qui est cité par M. Nélaton (*Traité de pathologie*, t. IV, p. 435), et dans lequel les symptômes d'étranglement intestinal avaient été produits par l'appendice iléo-cæcal étranglé par l'orifice interne du canal crural.

M. Nicaise a également vu l'an passé, à la Charité, un cas tout à fait semblable à celui qu'il avait observé dans le service de M. Pelletan.

Obs. XVIII. — Il s'agit d'un malade placé dans le service de M. Piorry. La perforation de l'appendice cæcal avait été produite, comme dans le cas précédent, par un noyau de fruit; les symptômes avaient simulé d'une façon si parfaite l'étranglement intestinal qu'un chirurgien, appelé en consultation, avait été sur le point de pratiquer l'opération.

A l'autopsie, on n'a trouvé en dehors de la péritonite aucune lésion qui pût expliquer ces symptômes d'étranglement.

L'intestin avait conservé son calibre dans toute son étendue.

Mon collègue et ami M. Douënel, ma communiqué le fait suivant :

Obs. XIX. — Dans le courant de l'année 1863, il entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Béhier, un jeune homme présentant tous les signes de l'occlusion intestinale. M. Béhier ayant fait appeler un chirurgien de l'hôpital, ces messieurs avaient arrêté l'opération et se disposaient à la pratiquer lorsque le malade fut pris de hoquet; les matières alimentaires s'introduisirent dans la trachée, amenèrent l'asphyxie et la mort, malgré les tentatives de respiration artificielle qui furent du reste très-méthodiquement faites.

A l'autopsie, on trouva une péritonite par perforation, mais aucune lésion de l'intestin qui ait diminué son calibre.

Ces deux derniers cas présentent un grand intérêt; ils prouvent bien la difficulté du diagnostic, puisque des médecins et des chirurgiens des plus distingués des hôpitaux ont pu être assez sûrs de l'existence d'un obstacle pour chercher à le lever par une opération; nous verrons plus loin que dans des cas sensiblement semblables l'ouverture de l'abdomen a été faite.

Obs. XX. — Péritonite par perforation survenant brusquement chez un sujet bien portant jusque-là. Le diagnostic restedouteux pendant quelques jours entre un étranglement interne compliqué de péritonite et une péritonite due à une perforation de l'appendice iléo-cæcal. (Masson, p. 69.)

3° *Péritonites par perforation spontanée de l'intestin.* Dans les cas de perforation survenant brusquement chez un sujet bien portant en apparence, il faut citer ceux dans lesquels on a observé des perforations spontanées dans l'intestin.

« Dans ces cas, dit M. Masson (1), le diagnostic est d'une difficulté inouïe, souvent insurmontable pour les praticiens les plus exercés.

« M. Grisolle a vu trois cas de ce genre. Dans deux cas où il a pu faire l'autopsie, il a trouvé que la perforation siégeant une fois dans le duodénum, une autre fois à la partie inférieure de l'iléon, s'était opérée par les progrès d'une petite ulcération, la seule qui existât dans toute l'étendue des voies digestives, ulcération indépendante des diathèses tuberculeuses et cancéreuses, et qui ne s'était révélée pendant la vie par aucun trouble fonctionnel. »

Les ulcérations de l'intestin, qui ne sont sous la dépendance d'aucune diathèse, sont encore peu connues : elles pourraient peut-être avoir, dans la cause qui préside à leur développement, quelque analogie avec l'ulcère de l'estomac. Nous ferons remarquer ici que, dans l'observation 14, que nous devons à notre ami M. Blache, il y avait en même temps qu'une perforation de l'appendice iléo-cœcal, une perforation spontanée semblant de date plus récente et très-rapprochée comme siége du duodénum.

Dans l'observation de M. Louis, dont nous avons donné un résumé, on voit également qu'il existait dans l'intestin un grand nombre d'ulcérations, que l'auteur s'étonne de ne pouvoir rapporter aux diathèses cancéreuses, tuberculeuses, ou à la fièvre typhoïde.

A côté de ces cas de péritonite que nous venons de signaler, nous croyons devoir placer ceux dans lesquels, à la suite de l'opération qui consiste à établir un anus artificiel, c'est-à-dire de l'entérotomie, les phénomènes d'étranglement persistent.

(1) *Loc. cit.*, p. 38.

Souvent, alors que l'obstacle siége au-dessous du point où l'intestin a été ouvert, alors que le bout supérieur est complétement libre, le ventre reste cependant tout aussi ballonné qu'avant l'opération; les matières intestinales ne s'écoulent que difficilement ou ne s'écoulent plus au dehors; somme toute, les phénomènes d'étranglement persistent alors même cependant qu'il n'y a plus d'obstacle. C'est que dans ces cas il s'est développé autour du bout supérieur de l'intestin une péritonite qui, soit par propagation de voisinage, soit par action réflexe, a déterminé une paralysie de ce bout supérieur. Ces faits, admis par la plupart des chirurgiens, spécialement par MM. Velpeau et Gosselin, n'ont pas besoin de preuves pour les appuyer.

CHAPITRE II.

MALADIES DE L'INTESTIN OU DU SYSTÈME NERVEUX QUI L'INNERVE, QUI SE TRADUISENT PAR DES SIGNES D'ÉTRANGLEMENT INTERNE, OU EN D'AUTRES TERMES DE LA PARALYSIE INTESTINALE PROPREMENT DITE.

Lorsque, chez un malade, se manifestent des symptômes plus ou moins marqués d'étranglement intestinal, et que ceux-ci ne peuvent pas s'expliquer par un obstacle mécanique d'aucune sorte, il faut bien admettre que la cause primitive qui a déterminé ces accidents siége dans l'intestin lui-même, ou dans la partie du système nerveux qui l'innerve.

Tandis que, pour la rétention d'urine, on a nettement séparé les causes qui la produisent en deux classes : celles qui agissent mécaniquement en mettant obstacle à l'écoulement de l'urine, et celles qui agissent par défaut d'action des parois vésicales; pour l'intestin, les auteurs ne se sont pour ainsi dire occupés que des obstacles mécaniques qui produisent l'occlusion intestinale, en signalant à peine la possibilité d'attribuer la rétention des fèces à un état particulier de l'intestin.

Pour démontrer que non-seulement la paralysie est possible, mais qu'elle existe, nous allons citer une observation recueillie lorsque nous étions interne à l'Hôtel-Dieu de Reims. Nous la fai-

sons suivre de quelques réflexions qu'elle nous avait suggérées à cette époque. Comme nous n'en avons pas trouvé de semblable dans la science, nous l'avons reproduite avec tous les détails pris au lit du malade.

OBSERVATION XXI (*inédite.*)

Paralysie de l'intestin grêle ayant simulé un étranglement intestinal.

Houssart (Pierre), 66 ans, aide-maçon, entre à l'Hôtel-Dieu de Reims le 29 mars 1861 ; il est placé au n° 18 de la salle Saint-Remi, dans le service de M. Landouzy.

Cet homme n'a jamais fait de maladie ; il n'a jamais eu que de petites blessures insignifiantes.

Il y a deux ans, cependant, à la suite d'un effort vigoureux pour soulever une pierre, il se produisit une hernie inguinale droite. Il consulta immédiatement un chirurgien qui réduisit sa hernie, et lui fit aussitôt porter un bandage convenable. Depuis ce temps celle-ci n'est jamais ressortie. (Pas une seule fois ; j'ai beaucoup insisté sur ce point.)

Aujourd'hui, on constate en effet que les deux canaux inguinaux sont libres, et qu'il n'y a à l'extérieur aucune espèce de tumeur.

Dans aucune autre partie de l'abdomen on ne constate de hernie.

Habituellement le malade va à la selle tous les jours ; la défécation n'est pas douloureuse ; il n'a jamais remarqué que les matières fussent comme passées à la filière ou aplaties.

Lundi 25 mars. Cet homme était parfaitement bien portant ; il travaillait comme d'habitude.

Le 26 au matin il allait encore très-bien. Il travailla dans un couloir nouvellement peint ; il fut fort incommodé par l'odeur très-vive de l'essence de térébenthine ; lorsque, vers trois ou quatre heures de l'après-midi, sans qu'il ait fait le moindre effort, sans qu'il ait fait le moindre excès, il fut pris de coliques tellement vives qu'il fut obligé de quitter son travail.

Dans le courant de la journée son régime avait été celui de tous le jours ; au point de vue de la possibilité d'un empoisonnement, il convient de signaler qu'il avait mangé cinq petites poires cuites de très-mauvais aspect.

Les coliques qu'il éprouva subitement furent assez violentes pour le forcer à demander l'aide d'un ami pour le ramener chez lui.

Durant toute la soirée, et toute la nuit, il éprouva d'atroces coliques accompagnées de crampes siégeant surtout dans les cuisses ; ces douleurs étaient tellement vives qu'elles lui arrachèrent des cris incessants. Il semblait, dit-il, qu'on lui arrachait les boyaux ; pas d'évacuations alvines.

Vers trois heures du matin, selle assez abondante, accompagnée de deux vomissements de matière jaunâtre, bilieuse; pas de matières alimentaires dans les vomissements. Le malade crut vainement que cette évacuation allait le soulager : les douleurs persistèrent avec la même intensité; des renvois survinrent de temps à autre; le ventre commença à se ballonner.

Le 27. Douleurs toujours très-vives; nouveau vomissement de matière jaune.

Le malade continua à souffrir à peu près avec la même intensité, jusqu'au jeudi soir 28, sans appeler de médecin.

Le 29 au matin. Les souffrances sont beaucoup moins vives : il peut venir à l'Hôtel-Dieu à pied, appuyé sur un compagnon.

A cette époque, le malade a donc eu trois vomissements bilieux, une selle le mardi; depuis, pas la moindre évacuation.

A la visite du soir, ventre ballonné et dur; constipation, renvois aigres, mais plus de vomissements. — Lavement purgatif.

Le 30. M. Doyen, suppléant M. Landouzy, croit à un étranglement interne ou à un volvulus.

Le ballonnement du ventre est toujours considérable; il semble que cette tuméfaction soit séparée en deux par une ligne transversale passant au niveau de l'ombilic; ce ballonnement siége surtout au-dessus de cette ligne, dans la région épigastrique, et au-dessous dans la région hypogastrique. La tension est plus grande, le ballonnement plus marqué dans la première de ces régions.

La sonorité remonte derrière les fausses côtes dans les hypochondres.

Dans les flancs, cependant, et particulièrement dans le gauche, il y a moins de sonorité.

Dans aucune partie du ventre on ne sent de tumeurs solides, résistantes.

L'abdomen est trop ballonné pour être dépressible, même lorsqu'on met les muscles abdominaux dans le relâchement.

La pression sur le *ventre n'est pas douloureuse;* la région épigastrique seule est sensible.

Pouls fréquent et faible.

Le malade ne souffre plus qu'à de rares intervalles; il a de temps à autre de petites coliques, mais qui ne ressemblent nullement aux coliques violentes qu'il a eues antérieurement.

Il urine peu, mais facilement.

Il n'y a toujours pas de selles.

Huile de ricin, 60 grammes; huile de croton, 2 gouttes; fomentations.

Le soir, il n'y a pas de selle, soif très-vive, renvois aigres, mais pas de vomissements.

Le malade reprend 3 gouttes d'huile de croton.

A onze heures du soir, la constipation persiste, les douleurs redeviennent assez vives, le malade s'inquiète; le visage, qui jusque-là n'avait trahi l'existence de la souffrance, commence à s'altérer.

Insomnie, agitation. — Opium, 0,05 centigr.

Le dimanche 31 mars, nous apprenons que le malade a eu dans la nuit plusieurs vomissements de matière jaunâtre. Dans l'intervalle de ceux-ci, renvois très-nombreux. La constipation est toujours absolue.

A la visite du matin, les vomissements continuent; mais, au lieu d'être simplement jaunâtres, ils ont une odeur caractéristique de matière fécale; leur aspect aussi a changé, ils ressemblent tout à fait à des matières fécales délayées dans un liquide bilieux.

Le ballonnement est toujours considérable.

La sonorité est toujours exagérée; il y a un semblant de matité à gauche.

Le faciès est considérablement altéré; le malade est inquiet, il dit qu'il va mourir.

Les extrémités sont déjà très-refroidies.

Le pouls est très-fréquent, filiforme.

MM. Doyen, Landouzy, Maldan, croient soit à un étranglement interne soit à un volvulus dont la cause leur échappe.

Douche ascendante dans le rectum à l'aide d'une sonde œsophagienne introduite de 15 centimètres, lavements froids, massage du ventre.

Ces différents moyens ne produisent aucun effet, ils ne font même pas naître des besoins de défécation.

A onze heures, lavement purgatif.

Paquets d'un milligramme de strychnine toutes les heures.

Dans la journée, il y a absence complète de selle, les vomissements fécaloïdes deviennent de plus en plus fréquents, ainsi que les renvois.

Les extrémités se refroidissent de plus en plus.

Le pouls devient imperceptible.

L'intelligence reste intacte jusqu'à neuf heures du soir, heure à laquelle le malade meurt.

En résumé donc :

Le mardi 26 mars, cet homme était très-bien portant, il est pris tout à coup de coliques très-violentes avec crampes.

Trois vomissements bilieux, une selle le mardi.

Depuis ce moment jusqu'à sa mort, c'est-à-dire pendant cinq jours, ballonnement considérable du ventre, constipation absolue ayant résisté aux drastiques répétés et donnés à forte dose, ainsi qu'aux autres moyens les plus énergiques. Cessation de la douleur vers le troisième jour, puis bientôt réapparition de celle-ci avec vomissements fécaloïdes, renvois aigres, et enfin refroidissement et la mort.

Autopsie le 1er avril. Cet homme est très-fortement musclé.

Le ventre est moins ballonné que pendant la vie, la saillie épigastrique est encore considér

L'abdomen est partout sonore.

A l'ouverture du ventre et en repliant la paroi abdominale antérieure de bas en haut, on voit que le grand épiploon, au lieu de flotter dans

l'abdomen et de recouvrir tous les intestins, est soudé assez intimement à la face postérieure de cette paroi abdominale antérieure, suivant une ligne qui, partant de l'ombilic, se dirige, en bas et à gauche, parallèlement aux attaches du diaphragme. Le côlon transverse n'est cependant pas déplacé. L'intestin grêle, qui apparaît seul à l'ouverture, est considérablement dilaté, il est à son maximum de tension, et disposé sous forme de lignes parallèles les unes aux autres et perpendiculaires à l'axe du corps.

Après avoir examiné la masse intestinale sans lui imprimer le moindre mouvement, j'essayai de découvrir l'obstacle en écartant avec la plus grande précaution les anses de l'intestin. L'examen attentif ne me permit pas de constater le plus léger déplacement des anses l'une par rapport à l'autre, par conséquent pas d'entortillement ni d'invagination.

L'intestin était partout uniformément distendu; depuis le duodénum jusqu'à la valvule de Bauhin, la distension même de l'intestin permettait de voir que nulle part il n'y avait de rétrécissement apparent à l'extérieur.

Sa surface était d'une teinte rougeâtre assez foncée, mais il n'y avait pas de dépolissement de la séreuse, pas de fausses membranes, rien, en un mot, qui révélât une inflammation du péritoine.

L'intestin, ouvert dans toute sa longueur, permit de constater qu'au dedans pas plus qu'au dehors il n'y avait aucun rétrécissement.

La surface interne était rouge; en certains points, il y avait des arborisations assez marquées.

Dans certaines parties de l'intestin, des tractions peu considérables suffirent pour le déchirer.

Tandis que tout l'intestin grêle, fortement distendu par les gaz, contenait un liquide jaunâtre en assez grande abondance, le gros intestin au contraire était flasque, vide et occupant un très-petit volume.

Par des pressions exercées sur l'intestin grêle, on pouvait facilement faire passer les matières de ce dernier dans le cæcum.

Il n'y avait aucun obstacle dans le gros intestin et le rectum.

En détachant ensuite l'intestin depuis l'estomac jusqu'à l'anus et en l'ouvrant sur une table, je ne vis aucun obstacle à la circulation des matières.

La partie de l'intestin qui correspondait à la région épigastrique était l'intestin grêle.

Les autres organes ne présentent rien de remarquable.

Il n'y a pas de trace de hernie ancienne ou actuelle.

La muqueuse de l'estomac n'est pas injectée, elle n'est pas ramollie.

Réflexions. A quelle cause doit-on rapporter ces phénomènes d'étranglement?

Comment se fait-il que les matières intestinales n'aient pu

passer sur le vivant de l'intestin grêle dans le gros intestin, tandis que sur le cadavre ce passage se faisait très-facilement?

Comment se fait-il que sans obstacle matériel les matières aient été arrêtées, puisqu'il n'y avait pas le plus petit obstacle matériel qui pût s'opposer au cours des fèces?

Il faut donc rejeter ici l'idée de rétrécissement d'invagination, de volvulus, en un mot, de toute cause mécanique qui n'aurait pu échapper à un examen aussi attentif, et fait surtout avec cette préoccupation qu'il y avait un obstacle et qu'il fallait le trouver.

Dans l'impossibilité de rapporter ces phénomènes d'obstruction intestinale à un obstacle matériel, pourquoi ne pas admettre qu'il y a eu ici une paralysie des nerfs du grand sympathique qui se rendent à l'intestin?

Le début brusque des coliques qui a suivi de très-près un séjour prolongé dans une atmosphère chargée d'essence de térébenthine et l'ingestion de poires cuites de mauvais aspect pourraient peut-être faire croire à un empoisonnement d'une forme très-insolite?

Ce n'est pas évidemment ici l'adhérence de l'épiploon à la paroi abdominale qui a pu déterminer ces accidents; la disposition particulière de cet organe ne pouvait pas permettre aux intestins de venir s'étrangler en ce point, comme cela se présente souvent dans les étranglements par brides ou par diverticules.

Enfin la seule lésion de l'intestin que l'autopsie nous ait montrée, c'est-à-dire la rougeur diffuse ou arborisée de sa surface interne, et sa résistance moindre aux tractions, car dans certains mouvements que je fis subir à cet intestin quelques points se déchirèrent très-facilement. Ces lésions sans traces de péritonite sont-elles suffisantes pour expliquer le début subit, instantané, de ces coliques atroces et de tous les signes d'étranglement intestinal qui les ont suivies? ne faut-il pas mettre plutôt sur le compte des drastiques, qui ont été employés si énergiquement, ces quelques lésions inflammatoires de l'intestin? et alors ne revenons-nous pas toujours à cette idée, que tous ces accidents d'étranglement reconnaissaient pour cause une paralysie du grand sympathique, produite elle-même soit par un empoisonnement, soit par une cause qui nous échappe complétement?

L'observation que nous venons de citer, quelle que soit du reste l'explication que l'on admette comme cause d'occlusion, qu'elle soit de nature musculaire, ou qu'elle soit due à une paralysie des nerfs moteurs de l'intestin, établit, nous le pensons, d'une façon irrécusable l'existence de la paralysie intestinale; car dans ce cas, évidemment, l'intestin ne fonctionnait plus, puisque le malade éprouvait tous les signes d'occlusion intestinale : *constipation absolue*, *vomissements fécaloïdes*, etc. Et cependant l'examen le plus attentif et le plus consciencieux n'a pas permis de découvrir le moindre obstacle matériel au cours des matières fécales. En dehors de la paralysie intestinale, nous ne trouvons pas d'autre explication plausible de ce fait.

La paralysie intestinale existe donc.

Voyons maintenant s'il existe une paralysie essentielle de l'intestin et une paralysie symptomatique d'une altération des tuniques, et, si cette dernière existe, quelles sont alors les altérations qui la produisent.

Tout d'abord, et d'une façon générale, existe-t-il des paralysies essentielles, c'est-à-dire des paralysies qui ne sont symptomatiques ni d'un état local de l'organe paralysé, ni d'une lésion du système nerveux central ou périphérique, ni d'une altération de la circulation et du sang, et qui ne sont pas même le résultat de la sympathie qu'un organe peut exercer sur un autre? Nous ne le croyons pas.

Depuis les conquêtes de la physiologie moderne, qui nous montre avec quelle facilité une impression extérieure réagit sur le système musculaire de la vie de relation ou de la vie végétative, et même sur les fibres musculaires des vaisseaux, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs dont la paralysie amène alors des congestions de toute sorte, nous pensons que les phénomènes paralytiques, quand ils existent, devront toujours être produits par une altération de l'élément anatomique mis en jeu, que celle-ci soit primitive, ou qu'elle soit consécutive à la suspension de l'innervation. Nous rejetons donc la paralysie essentielle de l'intestin. Mais nous admettons une paralysie intestinale, produite soit par une lésion de la fibre musculaire, soit par une lésion du nerf, soit par une lésion du sang.

M. Jobert dit : (1) « Dès que l'intégrité des fibres musculaires et l'action libre de l'influence nerveuse n'existent plus, il en résulte une lésion du canal intestinal, connue sous le nom de *paralysie complète* ou *incomplète*.

La partie supérieure du tube digestif est sujette à la paralysie, parce qu'elle reçoit des nerfs du mouvement; il en est de même du rectum. La partie moyenne qui reçoit les nerfs du trisplanch nique, y est-elle aussi exposée par influence nerveuse ? Si l'on admet l'identité du système nerveux, cela doit exister; dans le cas contraire, il est difficile de le démontrer. Toujours est-il que cette portion du canal intestinal nous semble susceptible de paralysie, comme cela nous paraît démontré dans la colique de plomb; car nous considérons ainsi l'action du plomb sur les fibres musculaires. »

Et plus loin :

« La paralysie traumatique agit par le système nerveux, tandis que la paralysie par cessation d'action des fibres musculaires ne se manifeste que chez les vieillards, lorsque leur intestin a été trop distendu par les matières fécales, absolument comme lorsque la vessie l'a trop été par les urines.

Il est cependant des accidents où l'influence nerveuse et l'action musculaire se trouvent presque abolies ensemble, comme dans certaines fièvres continues, où les muscles ne sont pas seuls lésés, mais dans lesquelles encore il y a aussi altération du système nerveux. »

Nous admettons donc :

1° Une paralysie de l'intestin de cause locale, qu'elle soit due à une lésion de la tunique musculaire, ou à un trouble dans la circulation locale de cet organe.

2° Une paralysie intestinale de cause nerveuse, qu'elle ait son point de départ dans une lésion des nerfs, de la moelle, de l'encéphale, ou dans une perturbation des fonctions intellectuelles.

Nous rapprocherons de cette seconde classe les paralysies intestinales qui peuvent se produire à la suite des fièvres graves, et celles qui sont dues à un empoisonnement.

(1) Jobert; Paris, 1829. *Traité des maladies abdominales*, page 185.

1° *Paralysie intestinale due à une altération de la tunique musculaire.*

Les altérations de la tunique musculaire de l'intestin qui amènent une cessation plus ou moins complète du fonctionnement de cet organe, sont la plupart de nature inflammatoire; elles ont été désignées d'une façon générale sous le nom d'*engouement*. Celui-ci peut être spontané, ou il peut être consécutif à la réduction d'une hernie étranglée, à l'opération de la herniotomie, etc.

Nous serions assez porté à regarder comme des cas d'engouement spontané ceux dans lesquels les malades, après avoir éprouvé tous les signes de l'occlusion intestestinale, ont guéri par certaines méthodes antiphlogistiques, comme l'application de la glace, par exemple. L'observation qui nous est personnelle, et que nous avons donnée un peu plus haut (obs. 21), nous fait voir combien le diagnostic est difficile, puisque, dans ce cas, la constipation ayant été absolue pendant cinq jours, malgré l'emploi de purgatifs très-énergiques, les vomissements fécaloïdes ayant été très-manifestes, on n'a trouvé à l'autopsie autre chose qu'un léger ramollissement et un peu de congestion de l'intestin.

Nous rapportons donc à cet état, plutôt qu'à un étranglement interne proprement dit, les deux faits cités dans la thèse de M. Masson, où les malades, ayant présenté tous les signes de l'occlusion, ont guéri par l'application de la glace et les lavements glacés.

Voici le résumé de ces deux faits :

Obs. XXII. — Vomissements stercoraux et constipation absolue pendant plusieurs jours.

Application de glace sur le ventre. Lavement glacé, morceaux de glace dans la bouche.

Cessation des accidents d'occlusion. Guérison rapide et complète.

Obs. XXIII. — Rétention des matières fécales et des vents. Vomissements pendant sept à dix jours.

Traitement par la glace. Guérison.

Voici un autre fait du même genre où nous croyons que les

symptômes d'occlusion étaient déterminés par un engouement de l'intestin, plutôt que par un étranglement mécanique.

Obs. XXIV. — Homme de 50 ans, pris subitement de violentes douleurs abdominales, vomissements, constipation. Le Dr Neubauer diagnostique une obstruction de l'intestin.

Les purgatifs échouent. Au bout de six jours le même état persiste, vomissements d'un peu de matière de mauvaise odeur; constipation. — Lavements froids, guérison. (*Union médicale*, 22 mai 1855.)

Obs. XXV. — A la suite d'une course rapide, signes d'occlusion; déplacement et engorgement de l'intestin (M. Léonard).

A la suite de la réduction d'une hernie étranglée ou de l'opération de la kélotomie il n'est pas rare de voir persister ces phénomènes d'occlusion intestinale, alors même que la hernie est réduite et bien réduite (sans le collet).

Trop souvent (1) le chirurgien, après avoir réduit une hernie étranglée, croit sa tâche accomplie, et se repose sur cet adage : *Sublata causa, tollitur effectus.* Il est bien vrai qu'après l'opération de la hernie, qu'elle soit bornée au taxis ou qu'elle ait nécessité le débridement de l'anneau constricteur, le phénomène mécanique de l'étranglement cesse avec la disparition de la cause qui produisait la constriction; néanmoins tous les chirurgiens ont pu observer que quelquefois après le taxis d'une hernie étranglée, mais plus souvent après la réduction précédée du débridement, les phénomènes pathologiques de l'étranglement, c'est-à-dire l'interruption du cours des matières et la péritonite, isolément ou simultanément, persistent et compromettent la vie du malade. Ces accidents peuvent être produits par deux causes :

1° par une cause mécanique, il se fait une cicatrice au niveau du point où l'intestin était étranglé, il se fait un rétrécissement qui peut aller jusqu'à l'oblitération complète.

M. Tessier admet que cette cause est très-fréquente; nous ne nous occuperons pas du tout de ces cas.

2° Par une cause toute vitale, l'intestin trop fortement distendu par des matières ou par des gaz a perdu tout ou partie de sa

(1) Tessier. *Arch. gén. de méd.*, t. I, 1838, page 302.

contractilité, il y a paralysie de l'intestin ; mais nous ne nous occuperons que des cas de ce genre.

M. Nélaton dit : (1)

« Nous avons été plusieurs fois témoin de semblables accidents, qui se présentent en général avec les caractères suivants : aussitôt après la réduction, tous les symptômes propres à la hernie étranglée cessent, mais ne tardent pas à reparaître ; au bout de quelques heures, les nausées et les vomissements se montrent avec toute leur intensité première, le ventre se ballonne, des gaz distendent les anses d'intestin, dont on peut sentir le relief à travers les parois abdominales. Nous avons vu à la clinique de Sanson cette distension portée à un tel degré, que le diaphragme était repoussé vers la cavité de la poitrine ; de là une gêne très-grande de la respiration. Les purgatifs sont souvent impuissants pour triompher de cette distension excessive. »

Nous citons maintenant trois cas dans lesquels l'ouverture de l'abdomen a été faite, alors qu'il n'y avait pas le moindre obstacle mécanique au cours des matières. L'un de ces cas nous a été communiqué par notre ami M. Nicaise, interne de M. Gosselin ; le second nous a été proposé par M. Gosselin lui-même.

Nous ne saurions trop admirer ce savant chirurgien qui, fort de sa conscience et de sa compétence en pareille matière, non-seulement ne craint pas d'avouer qu'il a fait une opération inutile, mais encore encourage la publication de ces faits pour éviter à d'autres ce que l'on pourrait appeler une *erreur*, si dans des cas si difficiles il était possible de distinguer l'erreur de la vérité. Nous prions donc M. le professeur Gosselin de recevoir ici nos remercîments bien sincères.

Voici l'observation qui nous a été communiquée par notre excellent ami M. Nicaise :

OBSERVATION XXVI (*inédite*).

Hernie inguinale étranglée ; réduction ; persistance des symptômes d'étranglement après la réduction ; kélotomie.

Delisle (Louis), 57 ans, vernisseur, entré à l'hôpital de la Pitié, le 26 mars 1865, salle Saint-Louis, n° 13.

(1) *Pathologie externe*, t. IV, p. 280.

Bonne santé habituelle.

Il y a six mois, en soulevant un lourd fardeau, il s'aperçut qu'il s'était formé, dans la région inguinale droite, une tumeur grosse comme une aveline et parfaitement réductible. Quinze jours après la tumeur était descendue dans les bourses.

Il n'a jamais, jusqu'au moment de l'étranglement, porté aucune espèce de bandage.

Deux ou trois fois par semaine environ, douleurs très-fortes avec vomissements et irréductibilité de la hernie pendant cinq ou six heures.

Le 26 mars 1865, à six heures du soir, après une journée ordinaire, la hernie devint irréductible; bientôt des coliques assez vives apparurent, et en même temps des vomissements qui n'ont pas cessé depuis lors.

Il entre à l'hôpital le 29 mars.

Le malade affirme n'avoir rendu par l'anus ni matières, ni gaz depuis le début des accidents.

On constate une hernie inguinale droite, irréductible, très-dure, très-douloureuse, du volume d'un gros œuf de poule.

Le ventre est ballonné, douloureux; vomissements incoercibles depuis le 26 mars; pouls petit, extrémités froides, traits du visage altérés; soif très-vive; ni selles, ni gaz; pas de hoquet.

Taxis de deux minutes, réduction sans que les efforts aient été violents.

Immédiatement après, un lavement purgatif est donné; vers cinq heures et demie l'interne de service trouve le malade dans un état peu satisfaisant.

Depuis la réduction, et malgré le lavement, il n'a encore rendu ni selles ni gaz par l'anus.

Il prescrit un purgatif (calomel 0,50, résine de jalap 0,50). Les vomissements continuent; toutefois ils sont moins fréquents.

Le 30, à la visite du matin, M. Gosselin trouve le malade dans l'état suivant:

Ventre ballonné, très-douloureux à la pression; traits du visage profondément altérés; pouls petit, extrémités un peu froides; abattement considérable; ni selles ni gaz par l'anus depuis hier soir, malgré le purgatif; les vomissements ont persisté sans interruption. M. Gosselin examine la nature des vomissements. En vidant le vase qui les contient, il trouve d'abord un liquide vert-brunâtre foncé, et au fond des matières glaireuses, des dépôts d'un brun noirâtre qui paraissent venir de l'intestin, bien qu'elles ne présentent aucune odeur caractéristique.

De plus, on sent vers l'anneau extérieur une tumeur peu considérable, assez molle, douloureuse, que M. Gosselin croit être le sac dont les parois sont épaissies.

En faisant tousser le malade (ce qu'il fait avec beaucoup de peine et comme un homme épuisé), il n'arrive pas à sentir un intestin qui se déplace.

M. Gosselin se demande si ces symptômes graves, qui n'ont pas cessé malgré la réduction, ne tiennent pas à la persistance d'une anse intestinale ou d'une portion d'anse intestinale, qui demeurerait encore étranglée par le collet du sac refoulé (réduction en masse).

Toutefois il fait des réserves pour un étranglement interne qui pourrait bien coexister.

Penchant pour la réduction en masse et en face de la persistance des symptômes, il ne voit qu'un parti à prendre: celui de la kélotomie. M. Gosselin incise d'abord la peau à laquelle il fait un pli au niveau de l'anneau inguinal extérieur, puis il incise couche par couche sur la sonde cannelée, et arrive bientôt sur le sac qu'il incise aussi. On le trouve complétement vide d'intestin et d'épiploon; il ne contient pas de liquide, seulement ses parois sont très-épaisses, ce qui s'explique par les nombreuses tentatives de réduction que le malade a exercées lui-même depuis six mois. M. Gosselin enfonça son doigt vers la partie profonde, c'est-à-dire, vers le collet du sac; on pouvait y passer l'extrémité de l'index; toutefois on sentait à ce niveau une résistance assez forte. C'est ce que M. Gosselin nous fit constater. L'incision est prolongée jusqu'au collet, de manière à le diviser, et, en enfonçant le doigt, on ne sent pas d'intestin. M. Gosselin dissèque alors le sac pour voir s'il n'y aurait pas un second sac où pourrait siéger l'étranglement d'une anse intestinale. On ne trouve rien, on peut faire plusieurs hypothèses; l'anse herniée est encore étranglée dans l'abdomen, ou bien il existe un étranglement interne en même temps qu'existait la hernie, ou enfin il y a une péritonite à la suite de la perforation de l'anse intestinale herniée, ou bien encore il y a une paralysie de l'intestin.

Avant de songer à pratiquer un anus contre nature, M. Gosselin essaye de rétablir le cours des matières en faisant donner au malade, d'heure en heure jusqu'au soir, une prise du purgatif suivant: cinq prises calomel 0,10, résine de jalap 0,15.

Le 30. Depuis l'opération jusqu'au soir à cinq heures, le ballonnement du ventre a augmenté un peu. Il y a eu deux vomissements de matières d'un vert brunâtre comme les précédents; trois ou quatre vents avec bruit par l'anus, le malade est très-catégorique sur ce point.

Il a pris cinq prises du purgatif ci-dessus d'heure en heure. — Glace en permanence sur le ventre.

M. Gosselin arrive à cinq heures. L'état du malade est un peu meilleur et surtout l'expulsion de gaz par l'anus l'arrête dans l'idée de l'opération de l'anus contre nature.

Le 31. A la visite du matin, l'état général est assez satisfaisant; le pouls est assez fort, non dépressible (65 pulsations).

Les vomissements ont persisté. Leur aspect est toujours le même. Au fond du vase se trouve un dépôt de particules noirâtres qui, par leur aspect, semblent indiquer à coup sûr une origine intestinale. Pas d'odeur caractéristique.

Le malade nous dit bien formellement qu'il a encore rendu des gaz par l'anus, un assez grand nombre de fois, mais aucune matière.

Ventre toujours ballonné et douloureux; facies moins altéré. — Bouillon glacé, continuation de la glace sur le ventre, deux pilules de strychnine de 0,001 milligr. chacune.

1er avril. La journée d'hier a été très-mauvaise. Les vomissements ont persisté et ont même augmenté; hoquet pendant toute la journée.

Pas de matières stercorales; encore quelques vents par l'anus; le pouls, fort ce matin, a baissé rapidement. Le soir il était devenu petit; facies altéré, extrémités froides et cyanosées. Le malade meurt le 2 avril à deux heures du matin, avec des symptômes de péritonite.

Autopsie. — Péritonite, plaques gangréneuses de l'intestin.

Le sac est dur, épais.

Péritonite généralisée; l'intestin est partout également distendu par les gaz.

Dans la région ombilicale, l'hypogastre et le flanc droit, les anses intestinales, injectées, rouges, sont réunies par des fausses membranes jaunâtres, non organisées, friables, sans résistance; au milieu d'elles il en existe une présentant une coloration noirâtre dans l'étendue de 1 décimètre, et sur toute la circonférence. L'anse herniée est noire, épaissie, adhérente aux parties voisines par des fausses membranes récentes. Une de ses extrémités adhère par une fausse membrane, imbibée de pus à la paroi abdominale, en dedans de l'orifice interne du canal inguinal. Dans les autres points l'intestin est injecté, rouge, sans fausses membranes. La péritonite est donc généralisée, mais elle est plus intense aux environs de l'anse herniée. La partie noirâtre dont j'ai parlé d'abord présente à sa face interne, sur la muqueuse, une coloration noirâtre irrégulière, sans qu'il y ait épaississement des tuniques.

Pas de traces d'étranglement aux extrémités de cette anse herniée; celle-ci a 30 centimètres, son calibre n'est nullement rétréci. Aux deux extrémités on trouve l'empreinte d'une constriction circulaire. L'insufflation sous l'eau ne fait découvrir aucune perforation.

L'anse herniée est incisée sur son bord mésentérique; ses parois sont considérablement augmentées d'épaisseur, la musculeuse surtout, et cela dans presque toute son étendue.

La séreuse est épaissie, injectée; elle présente une coloration noire avec de petites ecchymoses.

La musculeuse est nette, épaissie.

La muqueuse est d'un rouge vineux très-foncé. En certains points elle présente des dépôts superficiels disposés linéairement; dans d'autres, on trouve des érosions des plaques de Peyer; enfin, on constate une plaque gangréneuse de la largeur d'une pièce de 2 francs, faisant une légère saillie sous la séreuse, et répondant à la partie postérieure du pubis. Au microscope, cette plaque est composée de taches hématiques, de corpus-

cules gangréneux, etc. Un point de cette tache semblait devoir être bientôt le siége d'une perforation.

Réflexions. Les symptômes observés étaient dus à la péritonite, et leur ressemblance avec ceux de l'étranglement pourraient peut-être tenir, dit M. Gosselin, aux adhérences des anses intestinales entre elles : adhérences amenant l'immobilité de l'intestin.

Voici l'observation que nous devons à l'extrême obligeance de M. le professeur Gosselin ; elle a été publiée dans son relevé des observations de hernies étranglées, traitées en 1861 et 1862.

Cette observation présente les plus grandes analogies avec la précédente. Comme dans celle-ci, les symptômes d'étranglement qui ont persisté après la réduction de la hernie ont été assez marqués pour que l'ouverture du ventre ait été faite.

Obs. XXVII. — Il s'agit d'une hernie inguinale gauche que portait depuis longtemps un homme de 69 ans. Les symptômes d'étranglement s'étaient montrés le 15 mars 1862, et, après des efforts nombre de fois répétés, le malade était parvenu le troisième jour à réduire lui-même sa hernie. Néanmoins les accidents continuèrent. Il se fit transporter à l'hôpital de la Pitié, le 18 mars 1862, où il fut, vu l'absence de tumeur, placé d'abord dans un service de médecine.

Appelé auprès de lui le lendemain, par M. Marrotte, je reconnus un ensemble de symptômes qui indiquaient soit une péritonite grave, soit un étranglement interne causé par la réduction en masse d'une hernie. Nous convînmes, mon collègue et moi, de ne prendre aucun parti avant d'avoir constaté les effets d'un purgatif. — Scammonée 0,40, et calomel 0,30.

Le 20, il n'y avait pas eu de garde-robes, et cette constipation durait depuis cinq jours. Aucun gaz n'avait été rejeté par l'anus. Il y avait des hoquets fréquents, des vomissements rares et non fécaloïdes.

En présence de ces symptômes et des menaces trop évidentes d'une mort prochaine, j'espérai, sans en avoir la certitude, qu'il s'agissait d'une réduction en masse, et je n'hésitai pas à ouvrir la région inguinale pour aller à la recherche du sac herniaire. Mais je trouvai ce sac dans le canal inguinal et dans le scrotum ; il était vide, et je ne rencontrai aucune espèce d'étranglement.

Le malade succomba au bout de trente-six heures. A l'autopsie, nous avons constaté les lésions de la péritonite générale, avec un épanchement séro-purulent dans l'excavation pelvienne. Sur l'anse herniée, qui a été reconnue à sa couleur rouge foncé, nous avons trouvé une très-petite perforation, qui eût échappé si nous n'avions pris la précaution d'insuf-

fler cette anse en la plongeant dans l'eau. Il y a donc eu chez ce sujet persistance d'une péritonite grave après la réduction, et probablement aggravation de cette péritonite par l'épanchement d'une certaine quantité de gaz, et même de liquide intestinal à travers la petite perforation.

Dans le même mémoire de M. Gosselin, nous avons trouvé l'observation suivante : les symptômes d'étranglement ont persisté, mais d'une façon beaucoup moins accentuée; l'opération n'a pas été faite.

Obs. XXVIII. — Une femme de 32 ans est entrée dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, le 13 octobre 1862, avec des coliques et de la constipation, sans vomissements. M. le Dr A....., qui lui avait donné des soins chez elle, avait constaté la veille une hernie crurale droite étranglée, pour laquelle il avait fait un taxis assez prolongé sans chloroforme. Je n'ai pu savoir exactement combien de temps avait duré ce taxis, ni quelle avait été la durée de l'étranglement. Quoi qu'il en soit, la réduction fut obtenue. Néanmoins, la malade continua à souffrir du ventre, et elle eut encore quelques nausées, si bien que le Dr A..... craignait d'avoir fait une réduction en masse, et d'avoir substitué ainsi un étranglement interne à l'étranglement externe qu'il avait traité; et c'est dans la pensée que la recherche de l'étranglement après incision de la paroi abdominale pouvait être nécessaire, qu'il avait engagé cette femme à se faire conduire à l'hôpital.

Le 13 octobre, à huit heures du matin, ne rencontrant à ma visite aucune tumeur dans l'aine, et ne trouvant pas d'ailleurs les symptômes d'un étranglement interne bien accusés, puisque les vomissements n'avaient pas eu lieu depuis la veille au soir; que le ventre n'était pas ballonné, et que tout se bornait à quelques coliques et à la persistance de la constipation; j'éloignai provisoirement l'idée d'une opération, et je prescrivis tout d'abord 0,50 centigrammes de calomel, mêlé à 0,30 centigrammes de jalap.

Ce médicament ne fut pas répété, et plusieurs garde-robes eurent lieu dans la journée. La malade n'en conserva pas moins de l'inappétence et du malaise pendant quelques jours.

Elle se remit ensuite et put quitter l'hôpital en bon état le 25 octobre, douze jours après son entrée.

Le troisième fait de ce genre est extrait du rapport de M. Simon (1).

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1832.

Obs. XXIX. — Enfin, M. Laborde nous a donné une observation d'une entérocèle inguinale compliquée d'accidents généraux fort graves, où la malheureuse coexistence de cette hernie a provoqué la kélotomie, opération tout au moins inutile dans l'état du malade, puisque, loin d'avoir un obstacle au cours des matières fécales, il était tout au contraire affecté d'une diarrhée abondante et même d'incontinence des matières. Il est possible que l'issue de l'intestin ait été la cause d'une entérite grave jusqu'à la gangrène. Mais les phénomènes qui avaient succédé me paraissent démontrer suffisamment qu'il n'y avait plus d'étranglement, et que tous les efforts de la thérapeutique devaient se concentrer pour réprimer les troubles digestifs et relever l'état général du malade. C'est ainsi que nous avons vu procéder un de nos savants maîtres, M. Laugier.

Malgré un ensemble de renseignements qui caractérisaient un étranglement herniaire, comme le cours des matières fécales s'était rétabli au moment où le malade entra dans son service, ce professeur s'abstint d'opérer : il s'attaqua aux troubles digestifs, aux accidents locaux, et quelque temps après il avait la satisfaction d'avoir conservé au malade une vie que l'opération lui aurait ravie; car il s'établit quelque temps après une fistule stercorale, dont l'opération aurait provoqué l'ouverture dans le ventre sans nul doute.

Des accidents tout à fait semblables peuvent se manifester après l'opération de l'anus contre nature. M. Nélaton (1) dit :

« Après la production de l'anus contre nature, un accident, qui accompagne assez souvent l'affection qui nous occupe, est l'engouement des matières au-dessus de l'ouverture intestinale. Il en résulte des coliques, du ballonnement, des vomissements, de la constipation, des symptômes, en un mot, analogues à ceux de l'étranglement. Des pepins, des noyaux de fruits, des corps étrangers de toute nature, sont quelquefois la cause de cette complication. »

2° *Paralysie intestinale par trouble de la circulation de la veine porte.*

Dans les cas de cette nature la paralysie est rarement assez complète pour qu'elle se révèle par tous les signes de l'occlusion intestinale; le plus souvent on ne constate qu'un ballonnement assez considérable du ventre et de la constipation. Nous rapportons cependant un cas dans lequel un examen rapide du malade et la présence d'une tumeur dans les bourses a pu faire croire à une hernie étranglée.

Le fait suivant m'a été communiqué par mes collègues et amis MM. Peulevé et Fumouze :

OBSERVATION XXX (*inédite*).

Un homme d'une cinquantaine d'années entre, dans le courant du mois de février 1865, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Pidoux.

Cet individu, souffrant depuis longtemps, n'est gravement malade que depuis quelques jours ; les renseignements qu'il donne sont très-insuffisants.

Il possède une tumeur considérable dans les bourses, et les symptômes qu'il présente simulent ceux de l'étranglement herniaire. On ne fait qu'un examen rapide du malade, et on signe son passage en chirurgie, croyant à une *hernie étranglée*.

Le malade meurt trois ou quatre heures sans avoir été de nouveau examiné.

A l'autopsie, on trouve les altérations suivantes :

1° Une hydrocèle très-considérable,

2° Un cancer du foie s'étant ouvert dans la veine porte et ayant déterminé une obstruction complète de ce vaisseau.

3° La masse intestinale a sa couleur normale, elle est modérément dilatée ; mais, au milieu d'elle, on voit une anse très-distendue, d'une couleur rouge noirâtre très-prononcée.

Examiné dans toute l'étendue de son trajet, le tube intestinal ne présente, en dehors de la partie dont il est question, aucune particularité importante.

La portion de l'intestin grêle ayant la coloration rouge noirâtre a à peu près 60 ou 70 centimètres de longueur ; elle se continue à chacun de ses bouts avec le reste de l'intestin, sans présenter de ligne de démarcation précise ; peu à peu celui-ci reprend son volume et sa coloration normale.

Incisée dans toute sa longueur, l'anse dont nous parlons présente une épaisseur considérable, puisqu'elle atteint près d'un centimètre dans le point où celle-ci est le plus considérable, c'est-à-dire dans la partie qui répond au bord libre de l'intestin ; l'épaisseur diminue sensiblement en allant de ce bord libre vers le bord adhérent, car elle ne conserve guère que 5 millimètres. En examinant la coupe de cette partie de l'intestin avec attention, on y voit une infiltration de sang entre chacune des tuniques intestinales, et même dans l'épaisseur des tuniques sous-muqueuse et musculeuse ; dans quelques points même, il y a plus que de l'infiltration sanguine, il y a de véritables petits points d'apoplexie capillaire.

La surface interne de la muqueuse est congestionnée ; elle ne présente pas d'ulcération ni de lésions des valvules conniventes.

L'épaississement considérable des parois ayant amené une distension

très-marquée de l'intestin, le calibre intérieur de celui-ci n'était pas rétréci de façon à intercepter la circulation des matières fécales.

Pas de hernie.

Cette observation est très-intéressante ; il est regrettable que le malade n'ait été observé que quelques heures avant la mort, mais le fait anatomique reste : nous voyons l'oblitération de la veine porte amener un état de congestion tel qu'il y avait de petits foyers apoplectiques dans l'épaisseur des parois intestinales. Il est remarquable que cette lésion ait porté seulement sur une anse de 60 ou 70 centimètres de longueur, le reste de l'intestin ne présentant rien de remarquable et se continuant insensiblement avec les parties malades.

Dans ce cas, on a examiné avec soin toute la cavité abdominale, pour s'assurer que cette anse malade n'avait pas pu s'étrangler de façon à constituer un étranglement interne.

Dans les cas qui suivent, l'altération de l'intestin s'est seulement révélée par de la tympanite et de la constipation.

Obs. XXXI. — Phlébite de la veine porte, son tympanique de l'intestin, intestin distendu par les gaz, abdomen très-volumineux, palpation difficile.

Autopsie. Pas d'épanchements dans le péritoine, surface externe des intestins arborisée, petite ecchymose du péritoine, collection purulente dans le mésentère, pus jaunâtre. (*Archives de médecine*, t. XXXI, p. 145.)

Le météorisme existait presque au début chez notre malade. Suivant Waller, ce serait un des symptômes les plus importants de la phlébite de la veine porte.

Il était marqué et alla graduellement en croissant dans le cas de Schœnlein, peu intense dans un fait de Frey, considérable dans l'observation de Henoch ; suivant Robert au contraire, le météorisme serait très-variable. (*Archives de médecine*, t. XXXI, p. 157.)

Obs. XXXII. — Dans un autre cas d'oblitération de la veine porte, il est noté que l'abdomen était très-volumineux. (*Archives de médecine*, t. XXXVIII, p. 101.)

Obs. XXXIII. — Dans un cas de phlébite de la veine porte, il est dit que l'abdomen est volumineux, tendu, donnant un son tympanique ; le diaphragme était refoulé en haut par les intestins.

A l'autopsie, le péritoine est lisse et ne présente aucune altération ;

les intestins sont vivement congestionnés, leurs vaisseaux sont remplis de sang. (*Bulletins de la Société anatomique*, 1862.)

Ces quelques exemples d'obstruction de la veine porte suffisent pour montrer que, lorsqu'il se fait des stases sanguines dans l'épaisseur de l'intestin, celui-ci est troublé dans son fonctionnement, ce trouble se révélant par de la tympanite, de la constipation, etc.

Les étranglements du mésentère (sans intestin) peuvent aussi donner lieu à des phénomènes d'occlusion (1).

2° *Paralysie nerveuse de l'intestin.*

Nous arrivons maintenant à la paralysie de l'intestin produite par des troubles nerveux, des altérations du système nerveux ou des altérations du sang.

Des troubles nerveux peuvent déterminer sinon une paralysie, au moins une paresse des intestins.

La tympanite, si fréquente chez les hystériques, les aliénés, en est un exemple assez frappant.

D'autres fois il suffit d'une préoccupation vive pour amener des troubles analogues.

Tissot (2) dit :

« L'ardeur du travail portée à l'excès, qui ne permet pas de prendre le temps de manger et boire, entraîne une autre imprudence qui a aussi des suites fâcheuses, c'est la mauvaise habitude de retenir longtemps les urines et de différer d'aller à la selle : les excréments, trop longtemps retenus, se corrompent, irritent les intestins ou la vessie, en altèrent la substance muqueuse et y causent souvent de cruelles maladies ; les petits vaisseaux dont toutes les cavités du corps sont remplies pompent des particules putrides qui passent dans le sang, le corrompent, et, ce qui est peut-être plus funeste encore, les nerfs cessent, après un certain temps, d'obéir à l'aiguillon du besoin, souvent même l'extrême tension les rend paralytiques ; alors la vessie et les intestins n'ont plus la force de chasser l'urine et les excréments, et l'art est obligé de les provoquer. »

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas où, sous

(1) Duchaussoy, *Mém. Académ. de méd.*, 1859.
(2) *De la santé des gens de lettres*, t. III, p. 74.

l'influence d'une préoccupation morale vive, la paralysie de l'intestin a pu faire supposer un instant que l'on avait affaire à un étranglement interne.

Nous citerons ces cas à propos de l'étiologie.

Voici deux exemples de paralysie intestinale dus l'un à une affection générale, l'autre à une maladie de la moelle.

L'observation suivante nous a été communiquée par notre excellent ami M. Lemaire ; nous n'en donnons qu'un résumé succinct :

OBSERVATION XXXIV (*inédite*).

Paralysie asthénique consécutive à une fièvre typhoïde ; tympanite très-considérable et très-rebelle ; cessation des accidents sous l'influence des reconstituants.

P..... (François), 18 ans, plombier, entre, le 11 février 1863, dans le service de M. Guéneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu, salle de l'Ange-Gardien, n° 2.

Il a toujours joui d'une bonne santé jusque il y a trois ans ; depuis, fièvres intermittentes, tous les ans, pendant les mois de septembre et de décembre.

Dernièrement il a eu, à l'hôpital Saint-Antoine, une fièvre typhoïde grave ; il a séjourné deux mois à l'hôpital.

De là il a passé vingt jours à Vincennes, qu'il a quitté pour venir à l'Hôtel-Dieu ; il est alors atteint d'une paralysie.

Il n'a jamais eu de coliques de plomb ni de rhumatisme.

Le début de la paralysie paraît dater du jour où il a quitté Saint-Antoine ; depuis elle a été constamment en augmentant.

Faiblesse dans la marche, tremblement ; élancements dans les membres supérieurs.

Anesthésie et analgésie des membres inférieurs.

Motilité diminuée dans les membres supérieurs et inférieurs, surtout dans ceux-ci.

Le rectum et la vessie ne paraissent pas atteints.

Pas de prolapsus du voile du palais.

Diagnostic. Paralysie asthénique consécutive à une fièvre typhoïde.

Toniques, vin de quinquina ; bains sulfureux.

La paralysie des membres supérieurs s'améliore, celle des membres inférieurs augmente ; le malade ne peut plus se tenir debout sans s'appuyer sur ses mains ; tremblement dès qu'il est debout, crampes, soubresauts.

L'anesthésie des membres inférieurs a également augmenté, le malade

ne sent plus le parquet, il ne sent plus le chaud et le froid; bref, anesthésie absolue de toute l'étendue des membres inférieurs.

Depuis légère tympanite.

Epistaxis, suivi d'une perte instantanée de la vue, qui disparaît promptement.

Coliques, éructations aigres.

La paralysie a diminué aux membres supérieurs, mais elle a augmenté aux membres inférieurs; de plus, elle s'est étendue à l'intestin. — Électrisation.

7 avril. On l'électrise depuis trois semaines; le malade peut marcher avec des béquilles.

Le météorisme a très-notablement augmenté, il est énorme; les poudres absorbantes, les vomitifs, les purgatifs, la noix vomique, etc., n'ont pu le faire diminuer; il est tellement considérable que la respiration est devenue très-difficile; cette gêne prive le malade de sommeil.

Plusieurs fois on craint que le malade n'asphyxie.

Le météorisme persiste avec opiniâtreté, malgré tous les moyens employés pendant trois ou quatre mois; puis, sous l'influence des fortifiants de toute nature, de l'électrisation des membres inférieurs et des parois abdominales, ce météorisme, si tenace, a cédé en même temps que la paralysie.

En résumé donc :

Paralysie asthénique, diffuse, consécutive à la fièvre typhoïde comprenant, d'une part, les parties innervées par l'axe cérébro-spinal (paralysie des membres), de l'autre, les parties innervées par le grand sympathique (paralysie de l'intestin).

Cette observation est très-remarquable; il s'agit évidemment ici d'une paralysie consécutive à une maladie aiguë, la fièvre typhoïde; de plus, l'apparition du météorisme avec d'autres phénomènes paralytiques, sa disparition avec ces derniers est une preuve bien évidente que tous ces phénomènes, qui ont cédé en même temps et sous l'influence du même traitement, étaient bien dus à la même cause, on peut dire que dans ce cas les phénomènes paralytiques qui se sont produits du côté de l'intestin étaient dus à une cause générale.

M. Maingault, dans son excellente monographie sur les paralysies diphthéritiques (1), admet aussi l'inertie de l'intestin produite par cette cause.

Chez plusieurs malades, on observe une constipation tenace,

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. XLIV, p 680.

difficile à vaincre, et qui est très-probablement le résultat de l'inertie, de l'atonie des tuniques de l'intestin; mais, dans certains cas, il peut y avoir une véritable paralysie du rectum. M. Trousseau en a vu plusieurs exemples. M. le Dr Sellerier, de Bourth, qui un des premiers a observé la paralysie diphthéritique, a bien voulu me communiquer deux observations dans lesquelles il y eut paralysie du rectum. La constipation, alors des plus opiniâtres, résiste aux purgatifs les plus énergiques, aux préparations de noix vomique; le besoin d'aller à la selle est nul; les matières, amassées sous forme de balles, tombent par leur propre poids, sans qu'il soit possible au malade d'en provoquer ou d'en arrêter l'expulsion.

Notre cousin et ami M. Langlet nous a communiqué le fait suivant:

OBSERVATION XXXV (*inédite*).

Ataxie locomotrice. Signes d'étranglement interne.

Un homme de 40 ans est atteint d'ataxie locomotrice. Il entre à l'Hôtel-Dieu le 20 avril 1863. Symptômes ordinaires de l'ataxie.

Le 28 août. Symptômes abdominaux, vomissements verdâtres d'abord, puis *stercoraux*. Constipation. Le pouls n'est pas celui de la péritonite. Pas de hernie.

On suppose une obstruction intestinale ou un étranglement interne. Cependant il y a deux ou trois selles après le lavement.

Le 31 au soir, parotide droite, diarrhée; mort, autopsie.

Pas de traces d'étranglement intestinal; pas de péritonite.

Atrophie considérable de la moelle épinière, portant sur les racines antérieures et postérieures.

CHAPITRE III.

DES MALADIES DES ORGANES PLUS OU MOINS ÉLOIGNÉS DE L'INTESTIN QUI PEUVENT SIMULER L'ÉTRANGLEMENT INTERNE (OU L'OCCLUSION INTESTINALE MÉCANIQUE).

Dans les causes capables de produire la variété d'occlusion, décrite sous le nom d'*étranglements internes de l'intestin*, nous avons vu figurer des altérations qui déterminent les phénomènes d'é-

tranglement, en comprimant plus ou moins cet organe. C'est ainsi qu'agissent des amas considérables de ganglions mésentériques, tuberculeux, des cancers du pancréas, ou bien des déplacements d'organe, comme le déplacement de la rate, etc.

Dans les cas dont nous allons parler, on ne peut admettre que ces symptômes soient produits par la compression de l'intestin, puisque les organes malades sont plus ou moins éloignés de celui-ci; que dans quelques cas même ils sont placés complétement en dehors de la cavité abdominale. C'est alors qu'il faut invoquer autre chose qu'une cause purement mécanique pour expliquer ces phénomènes.

Nous allons dès à présent citer les faits, nous réservant d'expliquer plus tard comment ces différentes altérations peuvent agir sur le tube digestif. Parmi ces organes, les uns appartiennent à un autre appareil que l'appareil digestif (appareil génito-urinaire par exemple); les autres sont une dépendance de l'intestin, mais ils en sont assez éloignés pour qu'ils ne puissent pas agir sur lui par une compression mécanique (épiploon). Nous étudierons séparément chacun de ces cas.

A. Symptômes d'occlusion causés par des maladies d'organes étrangers au tube digestif.

1° Des maladies du testicule peuvent simuler l'étranglement intestinal.

OBSERVATION XXXVI.

Curling rapporte qu'il fut appelé un soir à l'hôpital, pour un individu qu'on supposait atteint de *hernie étranglée*.

C'était un robuste laboureur âgé de 33 ans, et marié. Il portait dans la région inguinale une tumeur considérable, que les élèves de la maison avaient inutilement essayé de réduire. Curling diagnostique que ces symptômes sont dus à un testicule enflammé retenu dans le canal inguinal. La suite lui donne raison. (*Traité des maladies du testicule*, p. 39.)

OBSERVATION XXXVII.

Curling rapporte également que Pott fut mandé en toute hâte pour faire l'*opération de la hernie* à un jeune homme qui éprouvait les plus vio-

lentes douleurs dans l'aine et les lombes. L'aine et le scrotum étaien très-gonflés. Le malade n'avait pas eu de selles depuis trois jours, malgré des lavements et un purgatif; il avait eu des nausées et des vomissements ; le ventre était tendu, dur et douloureux. Le pouls très-fréquent. On ne pouvait éclairer le diagnostic par l'exploration de la tumeur, car la douleur était si aiguë que le malade ne pouvait supporter la moindre pression. Tous les renseignements étaient très-obscurs. Avant d'entreprendre l'opération, Pott prescrivit un purgatif énergique. Des selles abondantes eurent lieu et firent disparaître toute crainte d'étranglement. Sous l'influence des fomentations et des cataplasmes, etc., la tumeur diminua, et au bout de sept à huit jours le scrotum était assez débarrassé pour qu'on pût constater qu'il ne contenait pas de testicule. (*Loc. cit.*)

OBSERVATION XXXVIII.

M. Delasiauve cite l'exemple d'un testicule retenu dans l'aine, et enflammé, qui fut pris pour une hernie étranglée, et opéré en conséquence. Quand on eut reconnu la nature de l'affection, on se décida à faire la castration. (*Revue médicale*, mars 1840.)

M. Verneuil dit (*Dictionnaire encyclopédique*, 1865, t. II, p. 329) : « On a vu l'orchite inguinale simuler absolument la hernie étranglée, jusqu'à produire une péritonite et la mort.

Une observation de ce genre, accompagnée de réflexions, vient d'être publiée tout récemment. Nous extrayons les passages suivants de ce fait intéressant :

OBSERVATION XXXIX.

Étranglement du testicule dans le canal inguinal.

(*Observation recueillie par* M. A. Regnard, *interne du service.*)

Le testicule dans l'aine, souvent comprimé dans les mouvements de la cuisse, est en outre exposé à l'étranglement dans le canal inguinal, fait d'ailleurs heureusement rare, et dont l'observation suivante est un exemple non moins remarquable qu'instructif, surtout à cause de l'intensité des accidents dont l'ensemble simulait, à s'y méprendre, l'étranglement herniaire.

Le nommé G..... (Joseph), 27 ans, robuste, bien constitué d'ailleurs, entre dans le service de M. Velpeau, le 31 janvier 1865.

Mon collègue, M. Leroy, appelé immédiatement, constate les faits suivants : Le malade est dans un état déplorable; il se plaint de douleurs

atroces qui lui arrachent des cris, et vomit avec effort à plusieurs reprises; dans l'aine droite il porte une tumeur offrant toutes les apparences d'une *hernie étranglée*, point de départ de tous ces accidents dont le début remonte à deux heures; les matières vomies sont brunâtres et exhalent une odeur infecte rappelant celle des matières fécales. Le malade est mis dans un bain, dont on le retire au bout de trois quarts d'heure, sans amélioration notable. Néanmoins la douleur est un peu moins vive, et M. Leroy peut constater dans l'aine la présence d'une tumeur du volume d'une orange environ, très-dure, légèrement mobile, sans sonorité, extrêmement douloureuse à la pression, sans apparence de gargouillement. Le scrotum, du même côté, est distendu, rempli de liquide et fluctuant.

Le malade raconte que depuis sa naissance il a le testicule droit collé contre la racine de la verge, et pouvant rentrer dans le ventre à la moindre pression. Aujourd'hui, tandis qu'il était debout et vernissant un meuble, peu de temps après son repas, il éprouva une violente douleur dans le bas-ventre, en même temps qu'il sentait une grosseur se former dans l'aine, grosseur qui peu à peu s'étendit au scrotum du même côté.

On prescrit de la glace sur la tumeur, et à l'intérieur un purgatif consistant en jalap et calomel.

A dix heures du soir, c'est-à-dire dix heures après le début des accidents, la tumeur et la douleur avaient à peu près complétement disparu.

Le lendemain matin, 1er février, les choses sont rentrées à peu près dans l'état normal. Ce jeune homme raconte qu'il y a deux ans, à l'occasion d'accidents analogues, il faillit subir, à l'hôpital Saint-Antoine, l'opération de la hernie étranglée. Le malade est renvoyé, le 3 février, avec un bandage dont la pelotte, appliquée sur l'anneau externe, empêchera autant que possible la rentrée du testicule dans le canal.

M. Velpeau a appelé l'attention à sa clinique sur ce cas intéressant à la fois au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement. Les faits de ce genre sont extrêmement rares, et partant très-faciles à méconnaître. Ce qui fait l'étrangeté de ce fait, tel qu'on n'en a peut-être pas signalé de tout à fait semblable, c'est que le testicule était habituellement situé au dehors du canal et de l'anneau externe, et qu'il n'y a pas eu d'orchite, puisque le lendemain même de l'accident on pouvait palper la glande non augmentée de volume et non douloureuse.

On sait combien est violente la souffrance déterminée par la pression du testicule; bientôt sont venus se joindre des vomissements qui ne manquent jamais dans toutes les affections douloureuses siégeant à l'abdomen ou aux environs, et on a eu sous les yeux *le formidable cortége des accidents de l'étranglement herniaire*, peut-être même avec un degré d'acuité de plus, car les malades dans la hernie n'accusent pas à beaucoup près des souffrances aussi vives. Cette acuité constitue un point important pour le diagnostic, qui se complète par l'étude attentive de la tumeur, et surtout, comme dans le cas actuel, par la connaissance des antécédents.

(*Gazette des Hôpitaux*, 21 mars 1895.)

2° Il n'est pas impossible que des hernies de l'ovaire, plus ou moins comprimé, ne simulent l'étranglement intestinal.

Les hernies de l'ovaire sont susceptibles de déterminer des accidents d'étranglement. (Nélaton, *loc. cit.*, t. IV, p. 438.)

3° La vessie peut aussi, lorsqu'elle est étranglée, faire croire à un étranglement interne de l'intestin.

L'étranglement de la vessie se présente avec les symptômes qui appartiennent à l'étranglement des hernies intestinales.

D'après J.-L. Petit, ces accidents se présenteraient avec les caractères suivants : Le vomissement qui survient à la hernie cystique n'est pas considérable, et survient plus tard qu'à la hernie de l'intestin. J'ai remarqué que le hoquet survient à la hernie cystique avant le vomissement, et dans la hernie de l'intestin le vomissement arrive le premier, et le hoquet après, etc. (Nélaton, *loc. cit.*, t. IV, p. 445.)

Étranglement interne de hernie par une baguette de bois dans la vessie. (*Union médicale*, 1855, p. 467.)

4° Une foule de tumeurs de l'aine peuvent faire croire à l'étranglement de l'intestin.

M. Verneuil, dans un article tout récent (1), dit :

« Le diagnostic des tumeurs inguinales est parfois fort obscur; on a commis dans cette région des erreurs de diagnostic si extraordinaires et si funestes; ces erreurs ont été commises par des hommes si haut placés, qu'on est forcé d'admettre que nul n'en est entièrement à l'abri. »

Et plus loin il admet la possibilité que des tumeurs graisseuses, des lipocèles, des lipomes, des hernies graisseuses enflammées, donnent lieu à des symptômes locaux et généraux qui simulent l'étranglement herniaire.

Les accidents (2) peuvent retentir principalement du côté de l'abdomen, et conduisent à prendre un abcès inguinal pour une hernie étranglée. On trouve dans l'aine une tumeur irréductible, douloureuse au toucher, enflammée à la surface, avec ballonnement, sensibilité du ventre, nausées, vomissements, constipa-

(1) *Dict. encycl.*, 1865, t. II, p. 253.
(2) Id. id. p. 271.

tions. Le patient annonce être ou avoir été affecté de hernie, ou bien il affirme que la tumeur est de date récente, qu'elle a paru subitement à la suite d'un effort, d'une indigestion, etc. Tout conspire pour tromper le chirurgien, et la prudence interdit l'abstention. L'opération ne rencontre qu'un foyer inflammatoire ou purulent, dont l'ouverture, par bonheur, met d'ordinaire un terme aux accidents.

M. Duplay (1) dit aussi :

« En l'absence de toute hernie, les collections séreuses de l'aine sont susceptibles de devenir le point de départ d'accidents locaux et généraux plus ou moins graves, qui, pour le dire de suite, se rapprochent de ceux de l'étranglement herniaire. Cette complication s'observe, le plus souvent, lorsqu'il s'agit de sacs déshabités (kystes et pseudo-kystes sacculaires), lorsque la poche vient à s'enflammer, pour une cause ou pour une autre, ordinairement sous l'influence d'une violence extérieure ou d'un effort. Il se fait alors une sécrétion surabondante de sérosité, la poche se distend, et cet accroissement de volume donne lieu à un pseudo-étranglement. »

On a pris, dit M. Nélaton, pour des hernies étranglées des affections tout à fait étrangères à l'accident qui nous occupe. Tantôt ce sont des tumeurs, le plus souvent inflammatoires, qui se rencontrent dans les points où l'on observe le plus souvent les hernies, tumeurs qui provoquent non-seulement des symptômes locaux analogues à ceux des hernies étranglées, mais encore des nausées, des vomissements, de la constipation.

La variété des tumeurs de l'aine qui peuvent simuler l'étranglement intestinal est très-grande; nous nous contenterons de citer quelques-uns de ces cas :

Obs. XL. — Kyste de la région crurale enflammé ; phénomènes d'étranglement herniaire ; opération. Le sac, mis à découvert et ponctionné, laisse échapper une très-grande quantité de sérosité. Après que le sac eut été largement ouvert, on ne trouva rien dans son intérieur. Les accidents se calmèrent en quelques jours. Guérison en quinze jours. Femme de 60 ans. (*Archives gén. de med.*, 1re série, t. IV, p. 82.)

(1) Thèse de Paris, 1865.

Obs. XLI. — Pseudo-kyste de la région inguinale. On croit à une hernie étranglée. Opération. On trouve une masse épiploïque pédiculée, avec des ganglions légèrement ramollis. Ligature en masse du pédicule. Péritonite. Morte en six jours. Femme de 71 ans. (Chassaignac, *Rev. méd.-chir.*, t. XVII, p. 281; 1855.)

Obs. XLII. — Pseudo-kyste enflammé. Symptômes d'étranglement. Constipation, hoquet, nausées, vomissements. Opération : ponction du sac; il sort du pus; on ne trouve dans le sac ni intestin, ni épiploon. Les accidents cessent. Guérison en quinze jours. Femme de 50 ans. (Dupuytren, *Cliniq. chir.*, t. III, p. 582.)

Obs. XLIII. — Tumeur inguinale droite prise pour une hernie étranglée. Opération. Abcès. Mort. (Mannoury, *Soc. anat.*, 1841, p. 44.)

Obs. XLIV. — Tumeur inguinale prise pour une hernie étranglée. Opération. Abcès. Guérison. Femme de 29 ans. (Chassaignac, sacs déshabités; 1855.)

Obs. XLV. — Épanchement sanguin dans un kyste sacculaire. Phénomènes d'étranglement. Opération. Femme de 50 ans. (Chapsal, thèse de Paris, 1848, p. 21.)

Obs. XLVI. — Kyste de la région crurale. Phénomènes d'étranglement. Opération. On excise une partie du kyste. Guérison. Femme de 35 ans. (Chassaignac, *loc. cit.*, 1855.)

Obs. XLVII. — Hydrocèle en bissac enflammée et suppurée prise pour une hernie étranglée, et opérée comme telle par Dupuytren. Péritonite. Mort. Homme de 37 ans. (Dupuytren, *Clin. chir.*, t. III, p. 584.)

Obs. XLVIII. — Hydrocèle en sablier prise pour une hernie étranglée et opérée. (Chassaignac, *Bull. Soc. chir.*, 1854, p. 297.)

Obs. XLIX. — Adénopathie inguinale profonde prise pour une hernie étranglée. (*Dict. encycl.*, 1865, p. 306.)

5° Des tumeurs abdominales (sans compression directe) peuvent aussi simuler l'étranglement intestinal. Mais, dans ces cas, les causes sont complexes; car si on n'admet pas qu'il y ait compression mécanique, on peut dire que dans ces cas les symptômes d'étranglement sont produits par l'inflammation du péritoine.

Les abcès (1) de la fosse iliaque ont été pris, au rapport de

(1) Jobert de Lamballe. *Traité des malad. de l'abd.*, t. I, p. 510.

M. Dance, pour des étranglements internes. Les symptômes de ces abcès ont tant de rapports avec l'étranglement interne, que ce n'est qu'avec la plus grande difficulté qu'on parvient à porter un diagnostic sûr.

Des faits de ce genre ont été publiés dans le compte-rendu des séances de la Société médicale de Lyon (1864).

Obs. L. — Accidents d'étranglement interne déterminés par la présence d'une tumeur abdominale. Cessation des phénomènes avec la disparition de la tumeur. (*Union médicale*, 22 avril 1851.)

6° Il est encore d'autres circonstances où la méprise peut être faite. Ainsi M. Masson dit :

« J'entendais dire récemment à M. Michon, dans une de ses leçons à la Pitié, que la ligature des hémorrhoïdes peut produire quelquefois des accidents analogues à ceux de l'étranglement intestinal, accidents qui pourraient devenir assez graves pour compromettre la vie. J.-L. Petit avait déjà fait cette observation. » (Masson, *loc. cit.*, p. 42.)

7° Enfin, il est des cas où un calcul s'engageant dans le canal cholédoque, ou dans l'urèthre, sa présence dans l'un de ces conduits peut déterminer des phénomènes d'étranglement. Voici un fait de ce genre observé par M. Marrotte :

Obs. LI. — Invasion subite des accidents; apparition d'une violente douleur abdominale qui revient d'abord sous forme de coliques. Douleur bientôt suivie de vomissements qui reviennent assez brusquement et qui sont enrayés, mais non suspendus par la glace et par les narcotiques. Les matières vomies, d'abord alimentaires, puis bilieuses, deviennent rapidement verdâtres, puis d'un jaune verdâtre, et enfin *stercorales*.

L'identité avec un étranglement de l'intestin est plus complète encore pour les symptômes locaux.

Dans ce fait, a dit M. Marrotte, les symptômes déterminés par l'arrêt du calcul dans les intestins grêles sont remarquables par leur similitude avec les symptômes énumérés dans les cinq observations dues à MM. Mayo, Monod, Renaut, Broussais, Puy-Roger.

B. Symptômes d'étranglement intestinal causés par des dépendances du tube digestif, mais où cependant on ne peut pas invoquer une cause mécanique.

Les faits de ce genre sont encore assez nombreux. Ainsi, M. Cabaret (de Saint-Malo) cite le fait suivant :

Obs. LII. — Hernie de l'appendice cæcal. Phénomènes d'étranglement interne. Il est question d'une dame de 60 ans, qui portait à la région crurale une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, et offrait en même temps tous les symptômes qui caractérisent un *étranglement intestinal.* Le taxis, une médication générale énergique furent impuissants; l'opération fut décidée. On trouva une hernie de l'appendice vermiculaire du cæcum; il n'existait pas de sac herniaire. L'étranglement était produit par l'orifice interne du canal crural, où la base de l'appendice était fortement serrée. Le débridement fut pratiqué du dehors en dedans sur le ligament de Gimbernat. Lorsqu'il eut élargi cet anneau, M. Cabaret, afin de s'assurer si la hernie était exclusivement formée par cet appendice, la tire doucement en entraînant le cæcum. Un rétrécissement, en manière de collet, démontrait que cette portion d'intestin était étrangère à l'étranglement. La réduction fut facile et la malade guérit. (*Journal des connaissances médicales et chirurgicales*, août 1842.)

M. Nélaton dit à la suite de ce fait (1) :

« L'étranglement de l'appendice iléo-cæcal nous révèle un point assez curieux dans l'histoire des hernies. Ainsi nous voyons, dans l'observation citée plus haut, que tous les symptômes de l'étranglement, que les vomissements se sont montrés avec autant d'intensité que dans toute autre hernie, et cependant il n'y avait pas interruption des matières, puisque le cæcum était parfaitement libre. Les accidents de l'étranglement devront donc être autant attribués à la compression de l'intestin qu'à la rétention des matières stercorales.

« L'étranglement de l'appendice iléo-cæcal, lorsqu'il est méconnu, peut causer la mort. »

Obs. LIII. — Hernie de l'appendice cæcal. Étranglement. Signes d'étranglement interne. Merling en rapporte un exemple : La petitesse de la hernie, qui ne faisait pas saillie à l'extérieur, empêcha de reconnaître la cause des symptômes, et la malade succomba. A l'autopsie, on trouva l'appendice iléo-cæcal gangrené dans le canal inguinal. (Heidelberg, 1836, *Dissertatio inaug.*)

Obs. LIV. — Un enfant de 13 ans et demi est entré dans le service de M. Guersant, présentant les symptômes d'une hernie étranglée. L'opération fut faite : on trouva une masse épiploïque gangrenée, et en arrière une languette arrondie, de couleur rosée, résistante, occupant tout à fait

(1) Nélaton, t. IV, p. 435.

la partie postérieure de la tumeur, descendant jusqu'au bas-fond du sac auquel elle adhérait intimement. L'autopsie a montré que cette languette, qui avait été prise pour un cordon épiploïque, n'était autre chose que l'appendice vermiculaire du cæcum, ayant acquis deux ou trois fois sa longueur ordinaire, conservant la perméabilité de son canal et adhérant au bas-fond du sac. Cet organe, protégé de toute part par l'épiploon, excepté à sa partie postérieure, dans une très-petite étendue, n'avait pas eu beaucoup à souffrir de la constriction du collet.

OBSERVATION LV.

Cet accident se montre ordinairement vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'opération. La région occupée par la hernie se tuméfie, devient douloureuse; le hoquet et les vomissements se reproduisent, la constipation se manifeste de nouveau; le malade accuse dans le sac herniaire une sensation de plénitude tout à fait semblable à celle qu'il éprouvait lorsque sa hernie était sortie. Le chirurgien peut alors supposer que le déplacement s'est reproduit. Alley fait remarquer que la reproduction de la hernie est extrêmement rare à la suite de l'opération, lorsque l'intestin a été convenablement réduit; aussi est-ce à un autre ordre de causes qu'il attribue les symptômes que l'on observe.

Selon cet auteur, les accidents sont déterminés par un épanchement considérable de lymphe plastique dans le sac herniaire. Il recommande de ne pas se laisser induire en erreur par ces symptômes, et de ne pas croire que la hernie s'est reproduite. (Nélaton, t. IV, p. 277.)

OBSERVATION LVI.

Hernies graisseuses de la ligne blanche et de la région ombilicale

Quand une affection du ventre, accompagnée de coliques, de vomissements, de constipation, se rencontre chez un individu affecté de tumeur graisseuse, on peut croire à l'existence d'une hernie étranglée et opérer mal à propos. P. Bérard rapporte un cas de cette nature. Le malade avait été pris de péritonite aiguë, et l'on crut d'autant plus facilement à un *étranglement*, que la tumeur ne pouvait être repoussée sous les muscles, et qu'en la pressant on augmentait les douleurs abdominales. La prétendue hernie fut disséquée, et l'on débrida même l'aponévrose. Le malade mourut de sa péritonite.

Obs. LVII. — Scarpa nous a transmis un cas à peu près semblable. Une femme de 55 ans fut prise, pendant la nuit, d'une colique intestinale très-violente, qu'on attribuait à l'*étranglement d'une hernie;* on remarquait un peu au-dessous de l'ombilic, au côté gauche de la ligne blanche, une tumeur du volume d'une grosse noix, sans aucun changement de couleur

à la peau. La malade avait le ventre tendu et douloureux au toucher, les extrémités froides, le pouls petit et concentré. Elle avait de plus des nausées, de la propension au vomissement; les déjections alvines étaient supprimées. Il lui semblait que, depuis l'invasion des coliques, la petite tumeur avait sensiblement augmenté de volume et était devenue douloureuse. Persuadé que c'était une véritable *hernie de la ligne blanche*, je procédai sur-le-champ à l'opération; mais après l'opération, je ne trouvai pas la plus légère trace du sac herniaire. Toute la tumeur consistait en une petite masse de graisse durcie et portée sur un pédicule qui traversait la ligne blanche; je l'emportai d'un coup de ciseaux, et je demeurai bien convaincu de la véritable nature de la maladie. (Les bains tièdes, les clystères émollients, les fomentations et l'usage de l'huile de ricin à petites doses souvent répétées rétablirent les évacuations alvines, et la colique disparut peu à peu). La petite incision fut promptement cicatrisée. (Nélaton, t. IV, p. 394.)

OBSERVATION LVIII (*inédite*).

Hernie épiploïque et abcès de la fosse iliaque droite simulant un étranglement intestinal.

Dans le courant de l'année 1862, un chirurgien, suppléant M. le professeur Laugier, fut appelé par M. Grisolle, pour un malade de la salle Sainte-Jeanne, qui présentait les signes de l'étranglement intestinal, en même temps qu'il existait une tumeur marronnée, douloureuse, dans la région crurale droite. Ce vieillard était exposé à de vives douleurs, le ventre était fortement ballonné, les extrémités étaient déjà refroidies.

Il crut à l'existence d'une hernie crurale étranglée; il fit une incision et arriva sur la tumeur; celle-ci n'étant constituée que par de l'épiploon, il pensa qu'il devait y avoir une autre cause d'obstruction au cours des matières fécales; et, séance tenante, il résolut d'inciser la paroi abdominale, pour aller à la recherche de l'étranglement. Cette nouvelle incision venait d'être faite lorsqu'il sortit un flot de pus considérable. Il existait un vaste abcès de la fosse iliaque droite.

L'opérateur jugeant que là n'étant pas la vraie cause de l'étranglement, continua l'opération qui avait pour but d'aller à la recherche de l'obstacle. Les anses intestinales qui se présentèrent à l'incision ne permirent de constater la présence de l'obstacle cherché. Le chirurgien fixa alors l'intestin aux lèvres de la plaie par un procédé qui lui appartient, et il ouvrit ensuite celui-ci, de façon à établir un anus contre nature. Le malade mourut quelques instants après.

Obs. LIX. — Tumeur inguinale prise pour une hernie étranglée. Opération par M. Malgaigne. Tumeur épiploïque. Mort. (Decourt, *Soc. anat.*, 1837, p. 260.)

L'épiploïte phlegmoneuse donne lieu à des symptômes semblables à ceux qui appartiennent à la compression de l'intestin. (Nélaton, t. IV, p. 278.)

M. Bernutz et M. Tigri ont signalé des cas analogues. (*Dict. méd. prat.*, 1865, t. I, p. 97.)

Enfin, dans un troisième ordre de faits, on ne peut pas expliquer, uniquement par une cause mécanique, les désordres qui se produisent.

M. Raige-Delorme dit : « Il ne serait pas toujours nécessaire que l'étranglement, pour produire les phénomènes de l'iléus, fût complet, que la continuité du canal fût entièrement interrompue ; il suffirait, comme on l'observe dans les hernies, qu'une portion des parois de l'intestin fût pincée, pour que tous les symptômes de l'iléus se manifestassent. Quoique je ne connaisse pas d'exemples d'étranglement de ce genre, j'ai dû les signaler.» (Dernier volume du *Dictionnaire* en 30 volumes, p. 867.) — M. Nélaton dit : « Quelquefois on voit se manifester tous les symptômes qui appartiennent à l'étranglement intestinal. Dans un cas de ce genre, à l'autopsie, on trouva une partie de la circonférence de l'intestin grêle pincée entre les deux lèvres de la face profonde de la plaie.» (*Loc. cit.*, t. IV, p. 108.)

DEUXIÈME PARTIE

Étiologie.

Après avoir prouvé par des faits cliniques qu'il y a des états morbides de l'intestin indépendants des obstacles matériels, qui peuvent simuler de la façon la plus complète l'étranglement interne, nous allons essayer de chercher le lien qui réunit dans un même groupe symptomatologique des affections en apparence si diverses, soit qu'on les considère dans leur siége anatomique, soit qu'on les étudie au point de vue des causes qui les ont produites.

Dans tous les cas où des observateurs distingués se sont laissé entraîner à diagnostiquer un étranglement interne, chaque symptôme avait été observé et bien observé.

La constipation avait été opiniâtre, comme si un obstacle mécanique quelconque obturait l'intestin dans un point de son trajet; les vomissements bilieux et fécaloïdes s'étaient produits de la même façon que s'il s'agissait d'une hernie étranglée; le ballonnement du ventre avait été tout aussi marqué que dans les cas où il y a impossibilité matérielle au cours des fèces : ces différents symptômes ne peuvent donc pas devenir des signes pathognomoniques de la présence d'un obstacle mécanique au cours des matières.

Les signes d'étranglement existent, ils existent bien, et malgré cela il n'y a pas d'étranglement.

Quoiqu'on sache depuis *longtemps* que l'intestin possède dans l'intérieur de ses parois une tunique musculaire, le rôle qu'on lui a fait jouer n'a pas toujours été justement apprécié; on a

certainement exagéré sa puissance d'action en admettant ces spasmes de l'intestin suffisants pour rétrécir son calibre de façon à devenir une barrière infranchissable aux substances nutritives.

Mais, d'un autre côté, nous croyons que l'on n'admet pas assez facilement que cette tunique musculaire, douée de peu d'énergie si on la compare aux plans musculaires de l'utérus, de la vessie, peut à cause de sa faiblesse même, devenir inerte, au même titre que la tunique musculaire de ces organes.

Ce long canal, qui s'étend de l'estomac à la pointe du coccyx et qui fait dans la cavité abdominale tant de tours et de détours, n'est pas un simple tuyau membraneux n'ayant qu'un rôle passif à remplir.

Il est le siége de deux phénomènes bien distincts, les uns qui ont pour but de terminer la digestion commencée dans l'estomac, et de préparer ainsi l'absorption qui va fournir au sang tous les matériaux nécessaires à sa répartition; les autres, dont le rôle, moins élevé, consiste à rejeter au dehors des matières devenues inutiles à l'entretien de l'organisme.

Les parties de l'intestin qui concourent à la digestion des substances alimentaires et à l'absorption sont surtout constituées par la muqueuse intestinale, si merveilleusement disposée pour offrir une immense surface de contact au chyle, et par le tissu sous-muqueux. Ces deux tuniques renferment dans leur épaisseur un appareil glandulaire très-varié, et un double système absorbant, constitué par des capillaires lymphatiques et veineux.

Celles qui concourent à l'élimination au dehors des matières devenues inutiles sont formées par un appareil musculaire destiné, par des contractions successives, à chasser le corps étranger, et par un appareil de glissement qui permet l'indépendance et la facilité de mouvements.

Qu'une altération de la muqueuse ou de son tissu sous-muqueux surgisse, celle-ci se traduira par des troubles digestifs qui se manifesteront par une augmentation ou une diminution de sécrétion des glandes intestinales (diarrhée, constipation), ou par une modification de l'absorption qui quelquefois pourra être nulle (lientérie, etc.).

Qu'une altération survienne au contraire dans l'appareil de mouvement ou de glissement de l'intestin, celle-ci se manifestera par une difficulté plus ou moins considérable et quelquefois par une impossibilité complète de la progression des matières; si, de plus, il y a une certaine rapidité dans la cessation d'action de cet agent, on voit combien cette paralysie de l'intestin simulera un étranglement vrai.

Recherchons donc maintenant de quelles différentes manières peut être impressionnée la fibre-cellule de l'intestin pour aboutir à sa paralysie; et ici il faut distinguer deux cas bien tranchés, ceux dans lesquels il y a une lésion (quelle qu'elle soit du reste) de la fibre musculaire, ou une lésion de la séreuse, dont l'intégrité est indispensable pour que celle-ci se contracte librement; et ceux dans lesquels l'intestin, n'étant le siége d'aucune lésion notable, ces phénomènes d'étranglement se sont, malgré cela, manifestés.

1° *Paralysies de l'intestin produites par une altération de sa tunique musculaire.*

La plupart de ces altérations sont le résultat de l'inflammation, soit que celle-ci se soit primitivement portée sur la tunique musculaire, sans qu'elle soit accompagnée de péritonite, ou d'inflammation très-notable de la muqueuse, comme dans les cas où toute la lésion semble avoir porté sur le tissu musculaire (obs. 21); soit qu'elle résulte de la propagation de l'inflammation : celle-ci peut se faire de la muqueuse à la tunique musculaire, comme dans les cas de diarrhée chronique ou d'ulcérations de la muqueuse qui s'accompagnent d'un développement considérable du ventre, chez les enfants par exemple.

Dans un cas de dysentérie où toute la muqueuse du gros intestin avait été détruite par des ulcérations tellement rapprochées qu'il ne restait çà et là que de petits ponts constitués par des lambeaux de muqueuse, le côlon s'était dessiné très-nettement, durant la vie, à travers les parois abdominales. Toute la tunique musculaire étant mise à nu par sa face interne, il n'est pas étonnant qu'elle ait été frappée d'inertie et qu'elle se soit laissée distendre.

D'autres fois la propagation de l'inflammation, au lieu de se faire de dedans en dehors, comme dans le cas que nous venons de citer, se fait de dehors en dedans, comme dans les différentes sortes de péritonites; mais là il y a, suivant nous, une grande différence à faire entre les péritonites chroniques, dont l'inflammation lente et progressive influence peu à peu la tunique musculaire; et les péritonites suraiguës survenant brusquement chez un sujet bien portant.

Dans le premier cas, la transformation plus ou moins considérable qu'a subie la séreuse, son épaississement, son adhérence à elle-même ou aux organes voisins, sa rugosité, expliquent assez la gêne que de semblables modifications doivent apporter au fonctionnement de la fibre musculaire, qui est sous-jacente; il est facile de voir combien ses mouvements deviennent limités, pénibles, quelquefois même impossibles, par la seule lésion de la séreuse. Dans ces cas, il n'est pas rare de voir se produire un phénomène qui se passe pour le tissu musculaire du cœur lorsqu'il y a une adhérence complète des deux feüillets du péricarde, les mouvements devenant plus difficiles, le tissu musculaire s'hypertrophie pour lutter contre la résistance plus grande qu'il a à vaincre. Un phénomène semblable se passe quelquefois dans le plan musculaire de l'intestin; lorsque des adhérences ou des transformations d'autre nature viennent mettre obstacle à son libre fonctionnement, il s'hypertrophie, il lutte contre l'obstacle; puis, à un instant donné, il cède et se paralyse.

Dans les cas de péritonites suraiguës survenant brusquement chez un sujet bien portant, les choses se passent d'une toute autre manière : s'il s'agit d'une perforation qui a permis à un liquide irritant de venir impressionner le péritoine, celui-ci traduit immédiatement sa souffrance par des douleurs atroces; la constipation, les vomissements surviennent avec une telle rapidité qu'il est permis de se demander si l'inflammation a eu le temps de gagner le plan musculaire, ou si la péritonite n'a pas impressionné les centres nerveux ou les ganglions du grand sympathique d'une façon telle que cette impression sentie par eux a été réfléchie par l'intermédiaire des nerfs moteurs sur les fibres musculaires de l'intestin; en d'autres termes, la péritonite suraiguë n'agirait ici que comme point de départ d'une action ré-

flexe paralysante qui porterait sur le plan musculaire de l'intestin.

On sait du reste, d'une façon générale, que deux membranes enveloppant un plan musculaire étant enflammées, la tunique musculaire interposée se paralyse. Il suffit même qu'une membrane recouvrant des fibres musculaires soit enflammée pour que ceux-ci se paralysent : c'est ainsi que la péricardite ou l'endocardite peuvent amener la paralysie du cœur, que la pleurésie peut produire la paralysie des muscles intercostaux ou du diaphragme, que la péritonite amène la paralysie de l'intestin.

Par quel mécanisme la fibre musculaire sous-jacente à la membrane enflammée se trouve-t-elle paralysée? C'est ce qu'on ne sait pas encore.

Comment expliquer maintenant que, lorsqu'il existe une inflammation des tuniques de l'intestin, il se fasse une accumulation considérable de gaz dans la cavité intestinale? Il y a deux causes qui concourent à produire ce phénomène; la première tient à ce que une anse intestinale enflammée exhale plus de gaz qu'une anse saine. Les expériences de Magendie, de Gérardin (1) sont très-concluantes à cet égard; ces physiologistes ouvrent la cavité abdominale d'un chien, ils comprennent une anse intestinale entre deux ligatures après avoir préalablement chassé l'air; au bout de quelque temps ils constatent que cette anse avait acquis une distension qui avait doublé son volume primitif. Sa surface extérieure était d'un rouge foncé, le réseau vasculaire se dessinant sur ses parois d'une manière admirable; séparée du tube intestinal et plongée dans l'eau, cette anse surnageait. La muqueuse était aussi enflammée, des plaques d'un rouge foncé se laissaient apercevoir en plusieurs endroits.

L'analyse, l'observation, l'expérience, dit M. Gérardin, se réunissent donc pour attribuer l'origine de ces gaz à une véritable fonction vitale, qui doit être classée dans les exhalations.

La seconde cause tient à ce que la fibre musculaire altérée, ayant moins de résistance, se laisse facilement distendre. La production plus abondante de gaz d'un côté, leur défaut d'expulsion par

(1) Thèse de Paris, 1814, page 24.

inertie de la paroi de l'autre, concourent simultanément à produire le météorisme, le ballonnement du ventre.

Les chirurgiens ne sont pas d'accord pour expliquer le mécanisme de l'étranglement dans une anse herniée; ils ne s'expliquent pas surtout l'origine de ces gaz qui distendent si violemment la partie étranglée. M. Gosselin, après avoir constaté la rougeur, l'épaississement de la paroi intestinale, les épanchements plastiques, les petits abcès, dit (1) : qu'il ne voit pas là une augmentation de volume suffisante pour lui faire comprendre l'étranglement.

Pour nous il nous semble qu'il y a une analogie complète entre une anse intestinale étranglée par sa sortie hors de l'abdomen, et une anse intestinale qui est comprise entre deux ligatures (expériences de Magendie et de Gérardin).

Comme dans ce dernier cas, nous croyons donc que l'inflammation de la partie étranglée est suffisante pour amener une exhalation gazeuse plus considérable, que celle-ci est ensuite favorisée par la paralysie de la paroi qui n'oppose plus la moindre résistance à la pression du gaz.

2° *Paralysie de l'intestin dans les cas où la tunique musculaire intestinale est intacte, ainsi que le système nerveux ; en d'autres termes, des paralysies de l'intestin produites par une action réflexe paralysante.*

Avant de signaler les différentes formes de la paralysie intestinale qu'on peut ranger dans cette classe, tâchons d'établir, d'après les physiologistes, qu'il existe des actions réflexes paralysantes de l'intestin.

Il est incontestable que la découverte des actions réflexes a jeté un grand jour sur une foule de questions de pathologie qui jusque-là étaient restées complétement inexpliquées. Est-ce à dire que la science en proposant cette explication ait donné son dernier mot sur toutes ces questions. Nous sommes loin de le penser; seulement, dans l'état actuel, nous croyons qu'on peut expliquer par ces actions réflexes des phénomènes qu'il serait difficile d'expliquer autrement.

(1) *Les Hernies abdominales*, p. 131.

On sait parfaitement aujourd'hui ce que c'est qu'un mouvement réflexe, grâce aux travaux de Robert Whytt, de Prochaska, de Lallemand, de Marshall Hall, de Muller, de Brown-Séquard, Longet, Bernard, Martin-Magron, Buisson, Liégeois, Cayrade, etc.

« Les mouvements réflexes (1), en effet, ne s'accomplissent jamais que dans les conditions suivantes : un nerf sensitif reçoit une impression, la communique à un centre nerveux, ce centre nerveux transmet l'impression modifiée à un nerf moteur qui lui-même conduit aux muscles l'impression qu'il a reçue, transformée en excitation au mouvement.

«Ces mouvements s'accomplissent sans l'intervention de la volonté et de la conscience.

«L'histologie nous montre comment cette réflexion se produit; un tube nerveux sensitif aboutit à un corpuscule ganglionnaire central, celui-ci est mis lui-même en connexion par une fibre commissurale avec un autre corpuscule central, d'où émane un tube nerveux moteur.

«C'est par un mécanisme de cette sorte que s'accomplissent les mouvements respiratoires, les mouvements du cœur, les sécrétions, les mouvements du tube digestif, la digestion tout entière.

«Rompez la chaîne nerveuse nécessaire à l'accomplissement de la série de transformations qui constituent l'action réflexe; divisez le nerf sensitif, ou bien détruisez le centre ganglionnaire, ou bien divisez les nerfs de retour (électromoteurs), une seule de ces lésions, la rupture de la chaîne en un seul point suffit, et toute réaction, toute sympathie entre les organes disparaît. »

Les muqueuses du larynx ou de l'intestin peuvent alors être brûlées, irritées de mille manières sans que la toux ou les mouvements péristaltiques se produisent : tout reste local.

« Les diverses sécrétions (2) du tube digestif et la progression du bol alimentaire, depuis son entrée dans l'œsophage jusqu'à sa sortie du tube digestif, sont sous la dépendance du pouvoir réflexe. »

(1) *Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs*, par Brown-Séquard.

(2) *Introduction*. Brown-Séquard, p. 25.

« Au lieu d'être impressionnée du dedans, elle pourra l'être par une excitation plus ou moins vive du péritoine, c'est ainsi que, sur un animal à qui l'on vient d'ouvrir la cavité abdominale, lorsque les mouvements péristaltiques de l'intestin ont cessé, on peut les produire à nouveau en pinçant ou en touchant le péritoine. Ce même prénomène est facile à constatér sur les suppliciés. »

Quelquefois même (1), « lorsqu'on vient à pincer ou à brûler les intestins, ou lorsqu'on irrite directement le plexus cœliaque, on voit éclater des mouvements convulsifs dans les muscles et les parois du tronc. » De même et inversement (2), « l'impression brusque du froid sur la peau donne lieu à des contractions douloureuses de l'intestin, et peut arrêter instantanément la sécrétion du suc gastrique. »

« Ces faits montrent déjà l'union intime des systèmes nerveux de la vie organique et de la vie animale au point de vue des actions réflexes ; mais il est possible de démontrer d'une manière plus précise encore que les centres nerveux rachidiens peuvent servir d'intermédiaire et de centres réflexes, soit entre des nerfs sensitifs et moteurs de la vie organique et de la vie animale, soit entre des nerfs sensitifs et moteurs appartenant tous deux au grand sympathique.

L'irritation du grand sympathique à la hauteur des deux premiers ganglions thoraciques détermine des contractions énergiques de l'intestin grêle. On pourrait croire que l'excitation suivant ici une marche directe, est transmise par la chaîne du sympathique à l'intestin qu'elle fait contracter, comme l'excitation du nerf sciatique fait contracter les muscles de la jambe. Il n'en est rien ; si l'on coupe le cordon de communication entre le premier et le deuxième ganglion thoracique, l'excitation du bout inférieur en connexion directe avec l'intestin ne détermine aucune contraction ; elle éclate au contraire aussitôt que l'on vient à pincer le bout supérieur du cordon ou à irriter directement le premier ganglion thoracique ; celui-ci cependant ne peut plus avoir de

(1) *Introduction*. Brown-Séquard, p. 31.
(2) Id. Id. p. 32.

communication avec les nerfs moteurs de l'intestin que par l'intermédiaire des centres nerveux médullaires. »

On voit par ces différents exmples que les mouvements de l'intestin sont bien sous la dépendance d'actions réflexes dues soit à une excition spéciale de la muqueuse, du péritoine, et même de la surface cutanée.

Mais les actions réflexes sont de deux ordres, les unes, celles dont nous venons de dire quelques mots, produisent un mouvement, une contraction de la fibre musculaire; les autres au contraire se traduisent par une paralysie : ce sont les actions réflexes d'arrêt ou paralysantes.

« L'exemple (1) le plus anciennement connu de ce genre de paralysie est celui du cœur qu'on arrête, non pas en systole (car ce serait alors l'état tétanique), mais en diastole, et cela par une irritation convenable des nerfs de sensibilité de la peau. Cette action se produit, comme toutes les autres, par des actions réflexes. Nous avons le nerf de sensibilité partant de la peau, et apportant l'irritation, origine première des phénomènes; puis la cellule nerveuse à laquelle il aboutit, et qui sert de centre; enfin le nerf de mouvement (pneumogastrique ou spinal) arrive à la fibre musculaire du cœur. La seule différence que nous trouvions entre ce cas et les exemples ordinaires d'actions réflexes, c'est que cette influence produit ici un relâchement du muscle cardiaque au lieu de le contracter. On pourrait trouver aussi quelques actions paralysantes du même genre dans les intestins, mais elles ont été beaucoup moins étudiées et sont restées plus obscures. »

« On voit (2) que pour l'arrêt du cœur, de même que pour l'arrêt des mouvements de l'intestin grêle (expérience Pfluger), le nerf qui reçoit l'excitation présente cette particularité importante de traverser les centres ganglionnaires avant de se distribuer à l'organe moteur qu'il innerve. »

Les ganglions cœliaques sont placés entre le tronc du nerf grand splanchnique et la terminaison de ses fibres nerveuses dans l'intestin grêle, sans parler des ganglions périphériques contenus dans l'épaisseur des tuniques intestinales.

(1) Leçons de Cl. Bernard. *Gazette hebdomadaire*, 9 septembre 1864.
(2) Brown-Séquard, p. 44.

Toutes les fois que l'excitation d'un nerf a pour conséquence un arrêt de mouvement, on trouve des corpuscules nerveux ganglionnaires sur le trajet des fibres qui transmettent l'excitation ; toutes les fois au contraire que la fibre nerveuse ne présente aucun corpuscule ganglionnaire sur son trajet, entre le point excité et sa terminaison, l'effet d'une irritation est toujours un effet excito-moteur. Les muscles auxquels le nerf se distribue manifestent alors, par leur contraction, l'excitation que le nerf leur a transmise. Plus loin : «Une excitation légère et de peu de durée se manifeste par un accroissement d'énergie des contractions ; une excitation intense et de plus longue durée a pour effet un arrêt des contractions avec paralysie. »

Il existe (1) donc des actions réflexes qui se traduisent par des arrêts de mouvement, par des phénomènes de paralysie ; mais pour que l'action réflexe paralysante se produise, il faut se mettre dans les conditions que nous venons de dire.

Les récentes leçons de M. Brown-Séquard sur les différentes formes de la paralysie des membres inférieurs, en montrant qu'il existait des paraplégies complétement placées sous la dépendance d'une affection étrangère aux centres nerveux et disparaissant dès que la maladie primitive (maladie de l'utérus, de la vessie) avait elle-même disparu, ont fait admettre cette forme de paralysie par la plupart des médecins.

« Les caractères (2) de la paralysie réflexe tendent à montrer combien cette espèce d'affection est distincte des cas de paralysie reconnaissant pour cause une altération organique évidente des centres nerveux. »

Ainsi, celle-ci est précédée d'une excitation provenant de quelque nerf sensitif ; son intensité est souvent proportionnelle au degré d'excitation de celui-ci ; quand cette excitation disparaît complétement, la paralysie réflexe disparaît aussi le plus souvent même dans un temps très-court.

Les divers modes de traitement n'ont aucun succès tant que l'excitation primitive persiste.

Enfin l'examen microscopique, dans les cas de paralysie ré-

(1) Brown-Séquard, p. 43.
(2) Id. p. 4.

flexe, a montré jusqu'ici que cette affection ne dépend pas d'une altération organique marquée.

Ces différences qui existent entre la paralysie réflexe et la paralysie de cause cérébrale sont tellement tranchées, qu'elles nous semblent suffisantes pour admettre l'existence d'une paralysie produite par des actions réflexes paralysantes.

Après avoir montré que la paralysie réflexe existe, nous allons tâcher de rattacher à des phénomènes de ce genre les cas dans lesquels l'intestin n'étant pas malade, il a subi l'impression que les parties voisines ont exercée sur lui. La réalité de cette impression ne peut pas être mise en doute, puisque l'intestin, réagissant à son tour, a manifesté l'inertie de ses parois par des phénomènes auxquels il ne peut pas être resté étranger, constipation, douleurs abdominales, ballonnement du ventre, etc. C'est ainsi que nous avons vu dans l'observation 39 les phénomènes les plus caractéristiques d'une paralysie réflexe de ce genre : subitement un individu en parfait état de santé voit survenir une douleur très-vive causée par l'étranglement d'un testicule dans le canal inguinal ; les signes les plus alarmants d'un étranglement intestinal (vomissements répétés, fécaloïdes, douleurs atroces, etc.) se manifestent, mais bientôt le testicule cesse d'être pressé, et comme par enchantement les symptômes tout à l'heure si graves d'étranglement intestinal disparaissent immédiatement ; en moins de vingt-quatre heures, les choses étaient rentrées à peu près dans l'état normal ; deux jours après, le malade sortait complétement guéri.

Comme dans ce cas l'étranglement du testicule s'était fait de dehors en dedans, on ne peut pas admettre qu'il ait entraîné avec lui une portion d'intestin, comme cela arrive quelquefois quand le testicule s'étrangle de dedans en dehors et qu'une anse d'intestin s'étrangle à sa suite.

Comment expliquer autrement cette brusque apparition de phénomènes aussi graves du côté du tube digestif ? étaient-ils dus à une propagation de l'inflammation ? Mais comment alors se rendre compte de leur disparition si rapide dès que le testicule a

cessé d'être étranglé ? les médecins ont-ils été alarmés à tort ou ont-ils été trompés par une sensibilité exagérée du malade ? Mais ces douleurs atroces qui avaient déjà grippé la face, ces vomissements fécaloïdes, n'indiquent-ils pas que l'intestin avait été fortement influencé, quelle que soit du reste la façon dont on explique sa souffrance ?

Cette observation nous semble être une preuve très-nette de paralysie intestinale réflexe, car les accidents graves du côté du tube digestif ont existé, on ne peut le nier ; et en effet, dès que la cause primitive a disparu, ils ont cessé immédiatement. Il est bien certain que dans ce cas, si des accidents aussi graves avaient pour cause un commencement de péritonite, ils n'auraient pas disparu avec la même soudaineté qui avait déjà signalé leur apparition.

Dans les autres cas d'étranglement du testicule (obs. 36, 37, 38) pris pour des hernies étranglées, on peut admettre la même explication.

Nous pensons qu'on peut rapporter aussi à ce genre de paralysie les cas dans lesquels des organes complétement indépendants du tube digestif viennent, à un moment donné, simuler de la façon la plus complète l'étranglement intestinal ; c'est ainsi que nous expliquons la production de ces symptômes graves du côté de l'intestin dans les cas de compression de l'ovaire, d'étranglements de la vessie, de tumeurs de l'aine enflammées (obs. 40 à 50).

Il nous semble qu'on doit expliquer de la même façon la production des symptômes d'étranglement du tube digestif comme les étranglements de l'appendice iléo-cæcal (obs. 52, 53, 54), la suppuration d'un ancien sac herniaire (obs. 55), les hernies graisseuses et épiploïques enflammées (obs. 56, 57), les ligatures d'hémorrhoïdes (Michon).

Un phlegmon (1) de la paroi abdominale a pu donner lieu aussi à des phénomènes d'étranglement.

Nous nous souvenons avoir vu une jeune femme atteinte de coxalgie, et qui, chaque fois qu'elle subissait une cautérisation au fer rouge sur la région trochantérienne, était prise d'une ré-

(1) *Dict. encyclop.*, 1865, p. 182.

tention complète d'urine, due à une paralysie de ses parois : celle-ci durait deux ou trois jours, jusqu'au moment où l'inflammation produite par les cautérisations était calmée par des cataplasmes.

N'est-ce pas là un cas de paralysie réflexe qui, au lieu de s'être portée sur l'intestin, comme dans les cas précédents, s'est portée sur la vessie ?

Enfin, dans certaines hernies étranglées où les symptômes d'étranglement existent au plus haut degré, et où, malgré cela, il n'y a qu'un pincement d'une petite partie de la circonférence, bien insuffisante pour obturer complétement le calibre de l'intestin, ne faut-il pas encore admettre qu'il y a eu autre chose que l'obstacle purement mécanique pour produire des accidents si alarmants ?

Nous sommes heureux de laisser sur ce point la parole à M. Lefort, chirurgien distingué des hôpitaux ; nous ne craignons pas de citer presque complétement l'intéressant article qu'il a publié dans la *Gazette hebdomadaire* (1).

«Une hernie épiploïque s'enflamme ou s'étrangle ; il n'y a pas de péritonite, mais tous les principaux phénomènes de l'entérocèle étranglée se présentent, constipation, vomissements, etc. Y a-t-il dans ce cas obstacle mécanique au cours des matières ? En aucune façon. L'opération est pratiquée. L'épiploon, plus ou moins serré dans un anneau fibreux trop étroit, causait tous ces accidents ; on l'étrangle fortement dans une ligature, on resèque la portion sortie : tous les accidents cessent.

« Le chirurgien est appelé trop tard pour une entérocèle étranglée, et les accidents les plus graves sont survenus. La gangrène se produit, un abcès se forme et s'ouvre à l'extérieur ; les matières contenues dans l'anse sphacélée sont expulsées, mais le bout supérieur, serré encore dans l'anneau constricteur, ne peut se vider ; cependant tout accident a cessé depuis la mortification de l'intestin.

« Peut-on dire dans ces cas, qui ne sont pas très-rares, que les accidents ont leur point de départ dans l'obstacle mécanique au cours des matières ? Nullement, puisque, d'une part, la conti-

(1) 17 février 1865.

nuité du canal n'étant pas interrompue, les accidents se sont montrés, et de l'autre, l'interruption persistant, les accidents ont cessé.

« La cause est pour nous dans l'excitation pathologique des nerfs sympathiques abdominaux réagissant par réflexion sur les centres nerveux. La physiologie nous enseigne que l'intestin et toutes les parties accessoires du tube digestif animés par les filets sympathiques émanés des plexus abdominaux sont peu sensibles aux excitants extérieurs, piqûre, brûlure, pincement, etc. Au contraire, les douleurs les plus vives sont amenées par les perturbations les plus légères dans l'innervation intestinale. La distension de l'intestin par les gaz trop abondants, l'inflammation de son enveloppe séreuse, la dilatation des conduits excréteurs, tels que l'uretère ou le canal cholédoque, amènent les horribles douleurs des coliques néphrétiques, hépatiques et de miséréré. Il en est de même dans les hernies.

« Si une gêne quelconque est apportée au cours des matières, l'intestin réagit activement contre l'obstacle, et sa contraction exagérée devient par cela même douloureuse : l'accumulation des matières dans le bout supérieur, en dilatant outre mesure l'intestin, vient encore augmenter les troubles nerveux, les amène à leur summum d'accuité, et le retentissement qui s'exere sur les centres nerveux amène par action réflexe les vomissements, l'accélération du pouls, la tendance à la syncope. Il suffit, pour se rendre compte de ces faits, d'avoir senti une fois l'horrible et énervante douleur qui accompagne un obstacle quelconque au cours des liquides intestinaux.

« L'arrêt de la circulation des matières n'est pas, comme on semble le croire d'après la pratique suivie, la cause primordiale et essentielle des accidents ; ce qui le prouve, c'est que ces accidents existent alors même que mécaniquement et physiquement l'intestin est libre, comme dans la hernie épiploïque étranglée, comme dans les cas où l'intestin est pincé par une partie seulement de sa circonférence ; c'est qu'ils cessent et disparaissent alors que cet obstacle subsiste encore, comme dans une hernie suivie de sphacèle, mais dont le contenu ne s'est pas encore vidé à l'extérieur.

« Quelles sont la marche et la cause des accidents qui suivent l'étranglement herniaire?

« Une hernie sort brusquement et se trouve serrée dans l'ouverture qui lui a donné passage, ou à un instant donné le collet d'un sac herniaire comprime l'intestin qui s'y trouve engagé; presque aussitôt, et alors même que peu ou pas de liquides ou de gaz se sont accumulés dans le bout supérieur, l'intestin, dont les mouvements péristaltiques sont gênés, devient le siége d'une réaction vitale plus ou moins énergique qui se traduit par des douleurs. Ces troubles de l'innervation intestinale se réfléchissent sur les centres nerveux, et les accidents généraux apparaissent. Bientôt l'accumulation des matières dans le bout supérieur, en distendant l'intestin et les nerfs qu'il renferme, vient augmenter les phénomènes; les mouvements antipéristaltiques prédominent ou existent seuls, et les vomissements se montrent.

« Que l'étranglement soit levé, les mouvements péristaltiques deviennent possibles, toute réaction nerveuse locale cesse, et tout reste dans le calme, même si une paralysie momentanée du bout supérieur, comme cela se voit quelquefois, laisse persister en partie l'accumulation des liquides intestinaux. Que la gangrène survienne, et la destruction des nerfs contenus dans les parties étranglées supprime la réaction et sa manifestation en supprimant les organes chargés de la transmettre. Que l'épiploon, plus ou moins comprimé, mais non détruit, soit serré fortement dans une ligature, et par la même cause et le même mécanisme, c'est-à-dire la destruction des filets nerveux, tout symptôme d'étranglement disparaîtra. *Ubi dolor, ibi fluxus.* Autour du point serré, les vaisseaux se congestionnent, la péritonite se déclare, et cet accident, lié aussi aux troubles nerveux, n'est à craindre que par les phénomènes réactionnels qu'il amène; car qui pourrait dire que c'est l'afflux sanguin dans le péritoine, ou plutôt dans les organes qu'il recouvre, qui amène la mort quelquefois si rapide dans la péritonite par perforation, mort en quelque sorte mystérieuse et inexplicable dans sa cause, si l'on n'avait pas pour l'expliquer l'action réflexe des filets sympathiques.

« Ce que nous venons de dire de la nature intime des accidents

qui accompagnent et suivent l'étranglement herniaire montre assez que nous sommes peu partisan des opérations retardées; le pincement d'une partie ou de la totalité de la circonférence de l'intestin étant la cause presque unique des phénomènes morbides primitifs, il faut par le débridement faire cesser la constriction et l'irritation qu'elle amène, si le taxis n'a pu réussir. »

Après ces cas, déjà si variés, où ce mode pathogénique semble pouvoir être rationnellement invoqué, nous avons à signaler des faits d'un tout autre ordre, mais qui, suivant nous, agissent identiquement de la même manière; nous voulons parler de ces cas dans lesquels des calculs engagés dans le canal cholédoque ont déterminé des accidents d'étranglement interne jusqu'au moment où spontanément ou sous l'influence du massage par exemple (observation 51 de M. Marrotte), ces accidents si terribles ont cessé tout à coup après la chute du calcul dans la cavité de l'intestin. Ici nous n'avons plus de preuves certaines comme s'il s'agissait d'un testicule étranglé, qu'on pouvait voir et sentir, c'est une hypothèse que nous faisons, mais nous sommes heureux de l'abriter sous le nom de M. Béhier qui, à l'occasion du fait de M. Marrotte, disait (1) que, suivant lui, les signes d'étranglement devaient tenir à la seule présence du calcul à l'orifice du canal cholédoque.

« Il s'est passé ici, dit M. Béhier, ce que l'on observe dans le simple pincement de l'intestin qui donne lieu à tous les symptômes de l'étranglement : le calcul n'a pas pu oblitérer le duodénum; l'intestin est trop dilatable sur toute sa longueur pour que l'on puisse y croire. Il y a donc eu chute du calcul dans l'intestin par suite des manœuvres, puis cessation des accidents. »

M. Béhier attribue donc dans ce cas les accidents d'étranglement à la présence du calcul à l'orifice du canal cholédoque, mais il ne dit pas par quel mécanisme se produisent ces accidents; pour nous, nous les rapportons à une action réflexe paralysante par le mécanisme que nous avons exposé plus haut, et qu'on pourrait répéter à propos de chacun des cas où il a été invoqué.

Certains phénomènes qui accompagnent les coliques hépati-

(1) Thèse de Bernier, 1857. *Traitement par le massage.*

que et néphrétique pourraient être dus à une cause de même ordre.

Il existe donc une paralysie intestinale réflexe qui est sous la dépendance soit d'une lésion de la muqueuse intestinale, soit d'une altération du péritoine, soit d'un pincement de l'intestin, soit enfin d'une altération des organes plus ou moins voisins de l'intestin, et qui cependant n'affecte avec lui aucune relation directe (testicule, vessie, peau de l'abdomen, etc.). Les caractères pathognomoniques de cette forme de paralysie sont toujours :

1° D'apparaître à la suite d'une altération locale qui irrite un nerf sensitif;

2° De persister, tant que la lésion primitive persiste elle-même;

3° De ne disparaître que lorsque l'excitation première cesse d'exister;

4° De suivre cette disparition d'une façon si rapide, qu'il est impossible de ne pas voir le lien pathologique qui unissait l'excitation primitive du nerf sensitif aux phénomènes paralytiques qui l'ont suivi.

3° *Paralysie nerveuse.*

Si nous avons été assez heureux pour faire admettre l'existence de la paralysie intestinale réflexe, il ne nous sera pas difficile d'établir que l'on peut rapporter à une paralysie plus ou moins marquée de l'intestin quelques phénomènes qui se passent dans cet organe (constipation opiniâtre, tympanite considérable, etc.).

Les contractions de cette tunique sont sous l'influence du grand sympathique, c'est incontestable; mais elles sont aussi un peu sous la dépendance du centre cérébro-spinal qui a avec le grand nerf de la vie végétative des communications si fréquentes.

Aussi voyons-nous les affections cérébrales, celles des méninges surtout, manifester leur apparition par des phénomènes paralytiques du côté de l'intestin, qui consisteront eux-mêmes soit dans la constipation opiniâtre, soit dans la tympanite; de même une préoccupation vive de l'intelligence, prolongée pendant plusieurs jours, peut mettre la muqueuse intestinale dans un degré d'anesthésie complète, la sensation de besoin de garde-robe ne se

fait plus sentir, l'irritation de la muqueuse est impuissante pour amener quelques contractions musculaires, l'intestin, qui n'était que paresseux, devient peu à peu complétement inerte, et alors son inertie se traduit par les signes effrayants de l'occlusion intestinale. Nous avons observé un cas de ce genre : sous l'influence d'une préoccupation morale vive une personne qui allait très-régulièrement à la garde-robe, vit celles-ci se supprimer, quoiqu'elle ait conservé l'habitude de se présenter chaque jour. La constipation devint opiniâtre; elle durait depuis plus de huit jours, elle avait résisté aux purgatifs pris par la bouche et par le rectum, le ventre était énormément distendu, lorsque survinrent des douleurs très-vives dans l'abdomen, le malade ne pouvait marcher qu'en fléchissant très-fortement le tronc et en le soutenant pour ainsi dire en se mettant les deux poings sur les hanches; le hoquet précurseur des vomissements se répétait à des intervalles de temps de plus en plus rapprochés, un malaise indéfinissable s'était emparé du malade, sa figure était devenue d'une pâleur effrayante, les extrémités commençaient à se refroidir lorsque la débâcle arriva heureusement faire cesser nos angoisses.

Un fait tout à fait semblable m'a été communiqué par mon frère, le Dr Ad. Henrot; quelquefois ces phénomènes s'accompagnent en même temps de rétention complète d'urine. Nous avons vu dernièrement une femme très-nerveuse qui, à la suite d'une impression morale vive, eut une tympanite considérable avec rétention complète d'urine pendant plusieurs jours.

Il serait facile de multiplier ces faits qui prouvent combien l'intestin subit l'influence du cerveau.

La tympanite, la constipation des femmes hystériques, des hypochondriaques, de certaines espèces d'aliénations, viennent encore révéler cette influence.

Comment dans ces cas se produisent la distension considérable des intestins, la constipation, etc. ? Il y a plusieurs causes :

Le défaut de sensibilité de la muqueuse intestinale; celle-ci n'étant plus suffisamment excitée par le bol alimentaire, l'action réflexe qui amenait la contraction des fibres musculaires ne se faisant plus, les contractions péristaltiques cessent.

La sécrétion intestinale devenant insuffisante, la muqueuse

manque du stimulant qui lui était nécessaire pour réagir sur le plan contractile.

L'exhalation gazeuse de l'intestin, d'autant plus considérable que la peau et les poumons fonctionnent moins, vient, suivant Gérardin, augmenter encore la distension intestinale; pour cet auteur, les exhalations gazeuses, pulmonaires, cutanées et intestinales pourraient, jusqu'à un certain point, se suppléer; c'est ainsi qu'un refroidissement du corps, en amenant une constriction de la peau, et en supprimant une partie de ses fonctions, amène souvent du météorisme. C'est ainsi que, chez certains sujets, le ventre reste tendu, ballonné, tant que la peau reste sèche et aride; aussitôt que la peau s'humecte et s'assouplit le ventre reprend son volume normal. Ces phénomènes se produisent souvent chez les femmes nerveuses et très-impressionnables et chez les sujets bilieux absorbés par des passions.

Galien avait déjà observé que l'application d'une large ventouse sur l'abdomen était un des secours les plus efficaces dans le traitement des douleurs flatulentes.

Il est beaucoup d'affections de la moelle qui se traduisent par des phénomènes de constipation ou d'incontinence des matières fécales; nous n'y insisterons pas, parce que le plus souvent dans ces cas le rectum seul est paralysé.

Nous rappelons cependant l'observation 35 où des symptômes d'étranglement interne survinrent chez un ataxique, et où à l'autopsie en ne trouva aucune cause matérielle au cours des matières. Faut-il rapporter ce cas de paralysie intestinale à la lésion de la moelle caractéristique de l'ataxie locomotrice ?

Enfin l'observation 34 nous montre une paralysie très-marquée de l'intestin, produite sous l'influence d'une cause générale.

La paralysie de l'intestin peut donc être consécutive soit à la diphthérite, soit à des maladies aiguës.

A côté des causes qui amènent la paralysie du plan musculaire de l'intestin, il serait intéressant de voir celles qui produisent les mouvements convulsifs de cet organe (spasmes chroniques) ; ou bien la contracture (spasmes toniques). Nous ne connaissons aucun cas de ce genre.

M. Fonssagrives (1) termine ainsi son intéressant mémoire sur la colique nerveuse ou névralgie du grand sympathique.

« Nous croyons que le résultat ultime de cette névralgie intestinale est de déterminer une contraction tonique de l'intestin, laquelle, au lieu d'accélérer les fèces, les retient au contraire fortement emprisonnées. Ce n'est qu'une hypothèse, sans doute; mais la facilité avec laquelle elle explique les phénomènes les plus saillants de la maladie lui donne un haut degré de vraisemblance. »

Le rôle de l'intestin, qui est pourvu d'un plan musculaire dans toute son étendue, ne doit donc pas être considéré dans l'état morbide comme un organe passif qui se contente de subir les conditions mécaniques qui lui sont imposées par un organe voisin, ou par l'introduction dans son intérieur d'un corps étranger.

Il vit de la même façon que les autres muscles, et, comme eux, il peut se paralyser, soit que son tissu contractile ait subi une modification anatomique qui rende cette contraction impossible ou incomplète, soit que celui-ci subisse une action réflexe paralysante qui lui vient d'un organe voisin, soit enfin que la paralysie tienne à une affection du centre cérébro-spinal.

Nous admettons donc que l'intestin peut être le siége d'une paralysie musculaire, d'une paralysie réflexe, et d'une paralysie nerveuse.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1852, p. 183.

TROISIÈME PARTIE

Symptomatologie. — Diagnostic. — Traitement.

Nous nous contenterons, dans cette troisième partie, de faire ressortir quelques avantages pratiques qui résultent de l'étude que nous venons de faire.

En essayant de rattacher à une cause unique : la cessation d'action des fibres musculaires de l'intestin, des états morbides en apparence si différents, nous n'avons nullement la prétention de vouloir constituer une entité morbide nouvelle, sous le nom de *paralysie de l'intestin ;* nous avons voulu seulement faire jouer un rôle plus considérable aux propriétés vitales de cet organe, qui, suivant nous, ont été laissées beaucoup trop de côté.

CHAPITRE Ier.

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous ne ferons ici que signaler très-rapidement à quels signes on peut reconnaître que la contractilité de l'intestin a diminué, ou qu'elle a complétement disparu.

Nous croyons qu'il faut distinguer deux formes de paralysie intestinale au point de vue des symptômes : l'une, le plus souvent incomplète, lente, à marche progressive, non accompagnée de fièvre ; l'autre, complète dès le début, rapide dans sa marche, grave dans ses manifestations, et accompagnée d'accidents généraux très-marqués.

La première de ces formes comprend cet état de l'intestin que

l'on a appelé tympanite. Le plan musculaire affaibli cède à la pression des gaz, mais le plus souvent il n'est pas complétement paralysé; il suffit souvent d'un stimulus pour rétablir sa contractilité.

Cet état est lié le plus souvent à une affection des facultés intellectuelles, ou des centres nerveux, à une névrose, à une maladie générale, à un trouble fonctionnel local.

La paralysie, dans ces cas, se révèle surtout par un ballonnement du ventre plus ou moins considérable, s'accompagnant d'une sonorité exagérée de l'abdomen; par une constipation plus ou moins opiniâtre, cédant le plus souvent aux purgatifs; quelquefois par des hoquets, des rapports nidoreux, plus rarement par des vomissements bilieux ou fécaloïdes.

Ces différents symptômes se sont produits sans réaction; il n'y a pas eu de fièvre lorsqu'ils ont apparu; ou bien s'ils se sont développés dans le cours d'une affection fébrile, leur apparition n'a pas amené de redoublement dans la fièvre.

Il semble pour ainsi dire que la paralysie de l'intestin, dans ces cas, n'occasionne qu'une gêne locale, ou une gêne de voisinage, lorsque les poumons étant trop fortement refoulés, par exemple, la dilatation de la poitrine est devenue impossible.

La seconde forme est celle qui simule d'une façon si parfaite l'occlusion mécanique de l'intestin; sa brusque apparition, la rapidité de sa marche, l'acuité des symptômes, rendent cette confusion bien facile.

Elle se produit surtout dans les cas de paralysie intestinale, par péritonite suraiguë, par engouement de l'intestin, par action réflexe.

Le ballonnement du ventre, la tympanite, la constipation, semblent ne plus occuper dans le tableau qu'une place accessoire; l'élément douleur, les vomissements bilieux et quelquefois fécaloïdes, l'aggravation des symptômes par l'emploi répété des purgatifs, l'apparition des symptômes généraux, deviennent les phénomènes dominants : le pouls s'anime, devient petit, en même temps qu'il augmente de fréquence: le malade éprouve un malaise particulier; et bientôt le refroidissement des extrémités, la décomposition de la face annoncent une fin prochaine, si on ne triomphe pas du mal.

C'est cette seconde forme, qui est si souvent confondue avec l'étranglement interne, c'est elle surtout que nous tâcherons de différencier.

CHAPITRE II.

DIAGNOSTIC.

Au point de vue véritablement pratique, lorsqu'un malade se présente à nous avec des signes d'occlusion intestinale, il faut chercher à établir si cette série de symptômes dépend :

1° D'un obstacle matériel au cours des matières intestinales (différentes variétés d'étranglements internes) ;

2° D'une paralysie par altération de la tunique musculaire;

3° D'une paresse, d'une atonie de l'intestin (paralysie nerveuse);

4° D'une action réflexe qui a son point de départ dans un organe autre que l'intestin (paralysie réflexe).

Chacune de ces formes d'occlusion intestinale, une fois diagnostiquée, conduira le clinicien à quatre méthodes thérapeutiques essentiellement différentes :

Aux obstacles mécaniques il opposera, après un traitement explorateur, les moyens chirurgicaux ;

A la paralysie par altération musculaire, les antiphlogistiques et les calmants à hautes doses ;

A la paralysie nerveuse, les stimulants et particulièrement les révulsifs et les purgatifs;

Enfin, quand on aura reconnu une paralysie réflexe, on se contentera d'agir sur le point primitivement malade.

Les indications thérapeutiques, si variables suivant que l'on a affaire à l'une de ces quatre formes de l'occlusion intestinale, légitimeront, nous l'espérons, cette division que nous croyons fondée, tant au point de vue de l'étiologie qu'au point de vue du traitement.

Si en effet, dans tous les cas d'occlusion, il était toujours possible de rapporter les symptômes à l'une de ces quatre variétés, cette affection si abominable perdrait beaucoup de sa gravité.

La question du diagnostic est donc celle qui doit primer toutes les autres : « Dans les cas de ce genre, comme dans mille autres, la chose véritablement importante pour le malade et pour le médecin, dit Louis (1), c'est le diagnostic, et le diagnostic dans les premiers temps de la maladie, avant que le désordre soit au-dessus des ressources de la nature et de l'art. »

Malheureusement, dans les cas qui nous occupent, il est presque toujours, sinon impossible, au moins (2) « d'une difficulté inouïe, souvent insurmontable pour les praticiens les plus exercés. »

Le premier point à établir serait celui-ci : quand, chez un individu, surviennent des signes d'occlusion intestinale, est-il possible de savoir s'ils sont produits par un obstacle matériel, ou bien sont-ils dus à une paralysie de l'intestin (musculaire, nerveuse ou réflexe)?

La question ainsi posée offre d'immenses difficultés, d'abord parce que tous les étranglements internes ne se présentent pas sous une forme symptomatologique identique, et ensuite parce que la paralysie de l'intestin, suivant qu'elle est musculaire, nerveuse ou réflexe, ne suit pas la même marche.

Ce diagnostic, considéré d'une façon générale, s'il n'est pas impossible, est au moins d'une difficulté extrême; aussi n'essayerons-nous pas de le faire. Nous croyons qu'il est plus utile de résumer brièvement les symptômes caractéristiques des] différentes espèces d'étranglements, et d'examiner ensuite si dans les cas de paralysie ces symptômes sont assez différents pour rendre le diagnostic possible.

Nous empruntons aux Mémoires de MM. Besnier (3) et Duchaussoy (4) le résumé du diagnostic différentiel des diverses espèces d'étranglements :

1° *Invaginations.*

Vomissements ordinairement bilieux, rarement stercoraux. Con-

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1re série; t. XIV, p. 203.
(2) Massac. Thèse de Paris, 1857, p. 38.
(3) *Des étranglements internes de l'intestin*. Paris, 1860.
(4) *Mém. académ. de méd.*, 1859.

stipation rarement absolue, pendant toute la durée de la maladie qui est souvent fort longue. Selles diarrhéiques, sanguinolentes, sanglantes, fétides, plus ou moins analogues à celles de la dysentérie. Épreintes et ténesme anal souvent très-violent. Ventre rétracté au début. Ballonnement tardif et en général peu considérable.

Tumeur abdominale variant du volume d'un œuf de poule à celui d'une tête de fœtus à terme, quelquefois parfaitement cylindrique, coudée, plus longue que large, présentant aux divers examens des variations d'aspect, de siége et de volume, appréciable soit à la vue à travers les parois de l'abdomen, soit à la palpation, soit à la percussion, non fluctuante, animée quelquefois d'un mouvement vermiculaire, plus saillante pendant les crises de coliques qu'à l'état de repas.

Quelquefois par l'examen de l'anus ou le toucher rectal, tumeur allongée, etc.

2° *Rétrécissements.*

Signes antécédents très-importants : Entérites ulcéreuses, simples, tuberculeuses, syphilitiques. Hernies anciennes, étranglées.

Alternatives fréquentes de diarrhée et de constipation accompagnée de météorisme. Selles solides, rares ou nulles; matières filées ou plutôt fractionnées. Ventre habituellement volumineux.

Signes actuels : Vomissements stercoraux, fréquents, mais survenant d'une manière tardive. Constipation rarement complète pendant toute la durée de la maladie; rémissions plus ou moins marquées pendant quelques jours, à la suite de l'administration des purgatifs; puis retour des accidents avec une nouvelle intensité.

Pas de ténesmes ni d'épreintes douloureuses.

Ventre le plus souvent très-développé. Dans quelques cas, signes de cachexie cancéreuse, tuberculeuse.

Rarement tumeur abdominale.

3° *Étranglements proprement dits.*

Signes antécédents : Plegmasies péritonéales antérieures, plutôt que maladies de l'intestin.

Presque constamment attaques antérieures (nausées, vomissements, constipation absolue, opiniâtre).

Accidents graves débutant le plus ordinairement au milieu de la santé la plus parfaite.

L'attaque commence à peu près constamment par une douleur quelquefois déchirante, quelquefois exaspérée ou calmée par certaines attitudes.

Vomissements précoces, intenses, opiniâtres, très-fréquemment stercoraux.

Constipation absolue, opiniâtre, résistant, dès le début, à tous les moyens employés, et persistant pendant tout le cours de la maladie.

Jamais de tumeur abdominale.

Développement rapide de l'abdomen, mais qui atteint rarement des limites considérables.

Ces signes diagnostiques des différentes variétés d'étranglements internes étant bien connus, voyons les cas où la confusion sera le plus facile, et ici ce sont plutôt des indices que des signes certains que nous proposons.

La paralysie musculaire de l'intestin, due soit à un ramollissement inflammatoire aigu (obs. 21), soit à une péritonite par perforation (obs. de 7 à 20), à cause de l'apparition brusque des symptômes au milieu de la santé en apparence la plus parfaite, simulera surtout un étranglement interne proprement dit. Cependant, dans les cas de paralysie, il n'y aura pas eu de phlegmasies antérieures du péritoine; l'instantanéité des accidents est la même dans les deux cas, il est vrai; toutefois, si l'on assiste au début de l'affection, et si l'on constate que la sensibilité du ventre se développe presque en même temps qu'un mouvement fébrile marqué ou qu'un frisson (obs. 8), si la douleur, après être restée très-peu de temps localisée à un point de l'abdomen, s'est promptement généralisée, si elle subit par la pression un accroissement très-marqué, on pourra soupçonner une paralysie musculaire. Si la constipation, quoique opiniâtre, n'est pas absolue, que le malade puisse rendre quelques gaz par l'anus, que le météorisme, sans être très-considérable dès le début, soit également développé des deux côtés de l'abdomen,

enfin, si les vomissements restent bilieux ou s'ils prennent un aspect intermédiaire entre le vomissement bilieux proprement dit et le vomissement fécaloïde, on pourra encore s'arrêter à la même idée.

M. Cossy, ayant réuni un grand nombre d'étranglements de l'intestin, internes ou externes, où le siége de l'étranglement était nettement indiqué, a essayé de voir quel rapport il y avait entre le siége de l'obstacle et la nature des vomissements. Un travail analogue, portant sur un nombre plus considérable de faits, a été entrepris par M. Besnier.

Ces deux auteurs ne sont arrivés à aucune conclusion positive.

« L'existence des vomissements stercoraux, dit M. Besnier, n'indique, considérée isolément, qu'une chose, à savoir, qu'il existe un étranglement sur l'un des points du tube intestinal. »

Nous pouvons ajouter qu'ils n'indiquent même pas cela d'une façon absolue, puisqu'ils peuvent exister alors même qu'il n'y a pas la moindre espèce d'étranglement.

M. le professeur Gosselin distingue trois espèces de vomissements, les vomissements porracés de la péritonite franche, les vomissements stercoraux non douteux qui se produisent dans les étranglements de l'intestin ; enfin les vomissements intermédiaires aux deux premiers, constitués par un liquide brun verdâtre foncé, trouble, laissant déposer des matières glaireuses et des dépôts brunâtres. Ces différences dans les matières vomies tiennent peut-être, suivant cet auteur, à ce que les premiers vomissements viennent du duodénum, les seconds de la partie inférieure de l'intestin, les troisièmes de la partie moyenne de l'intestin grêle.

De notre côté, nous pensons que les vomissements intermédiaires, qui ne sont franchement ni bilieux ni stercoraux, pourraient peut-être se produire de préférence dans les cas de paralysie dont nous parlons plutôt que dans l'étranglement vrai.

Quoi qu'il en soit, en pesant chacun des signes que nous venons d'examiner, en tenant grand compte surtout de l'apparition des phénomènes généraux (fièvre, frisson) en même temps que de la douleur, de la nature des vomissements, de l'insuccès de la méthode purgative, et souvent de l'exaspération des accidents après son emploi, on pourra, dans bien des cas, sinon ad-

mettre, au moins soupçonner, une paralysie de l'intestin, due soit à une péritonite par perforation, soit à une autre cause.

Celle-ci se différenciera de l'invagination par l'absence de tumeur, du rétrécissement par le début subit, l'absence de ces alternatives de diarrhée et de constipation, l'absence de matières filées avant le début des accidents, etc.

La paralysie nerveuse se distinguera de la paralysie par altération musculaire, par son apparition lente, liée le plus souvent à un état nerveux ou à un état dyspeptique; les phénomènes de tympanite, de constipation, auront précédé de longtemps les douleurs et les vomissements; ces symptômes se seront produits sans fièvre.

Cette forme pourrait être confondue avec le rétrécissement de l'intestin; mais il est rare qu'il existe des alternatives de diarrhée et de constipation, les matières ne sont pas filées; le sujet est nerveux plutôt que cancéreux, tuberculeux ou syphilitique.

Le diagnostic de la paralysie réflexe se fera par l'examen attentif des différents organes de l'abdomen et des parties voisines qui peuvent donner lieu à cette paralysie; les organes génito-urinaires, le foie, les régions inguinales, etc., devront être soigneusement examinés.

Diagnostic avec d'autres affections.

A un examen très-superficiel, une colique de plomb, un empoisonnement, une dysentérie (Lailler), une attaque de choléra (Vassor), pourraient simuler l'occlusion intestinale.

Le diagnostic avec l'entéralgie est peut-être plus difficile.

Dans l'accès d'entéralgie ou colique nerveuse (1), il y a absence de fièvre, la douleur de ventre est ou bien calmée ou nullement modifiée par la pression. Les accidents qui, dans l'occlusion intestinale, vont toujours s'exaspérant offrent au contraire, dans l'entéralgie, des rémissions ou de l'intermittence.

Voici du reste un exemple de colique nerveuse dont j'ai été

(1) Masson, *loc. cit.*, p. 35.

témoin et que je vais relater ici tel que je le retrouve dans mes notes.

Obs. LIX. — Le 2 mai 1855, au moment où M. Grisolle quittait la salle Sainte-Jeanne, on l'appelle au plus vite auprès du malade occupant le nº 36, jeune homme convalescent d'une fièvre typhoïde, et qui, dans la pensée d'un des élèves du service, vient d'être pris d'une perforation intestinale, nous l'avions vu tout à l'heure bien portant. Il est en effet en proie à une douleur de ventre excessive qui a apparu subitement; la face exprime la douleur. M. Grisolle tâte le pouls et le trouve calme, ce qui le rassure tout d'abord; il veut appuyer sa main sur le ventre du malade, mais celui-ci le repousse, dans la crainte que cela n'augmente sa douleur. M. Grisolle détourne l'attention du malade, et, plaçant la main sur le ventre, il presse graduellement, jusqu'à déprimer fortement la paroi abdominale. Le jeune homme déclare que cette pression le soulage, loin de lui faire mal.

D'après cet ensemble de phénomènes, M. Grisolle reconnaît une colique nerveuse et prescrit 5 pilules d'opium (de 5 centigr. chacune) dans les vingt-quatre heures, compresses de chloroforme.

Le lendemain, le jeune homme allait bien.

On peut voir, d'après ce fait, que la colique nerveuse est bien facile à diagnostiquer d'avec l'occlusion intestinale.

Enfin il est un diagnostic qu'il est on ne peut plus important de faire, c'est de ne pas prendre pour une paralysie intestinale ou pour un étranglement interne, une hernie. Il faut se souvenir de cet excellent principe de M. Broca : « Toutes les fois, dit-il, que se manifestent des symptômes locaux ou généraux ayant rapport à l'étranglement, on devra pratiquer l'exploration minutieuse et répétée de toutes les régions dans lesquelles les hernies abdominales peuvent se présenter, il faut, qu'on me passe l'expression, faire l'inventaire rigoureux du sujet en explorant jusqu'aux siéges les plus insolites de hernies. »

Des hernies crurales ont été prises pour des étranglements internes.

Obs. LX. — M. Gosselin rapporte qu'il a été témoin d'un fait où Sanson diagnostiqua une occlusion intestinale intra-abdominale. A l'autopsie, il y avait une hernie crurale étranglée. (Masson, thèse, p. 41.)

Obs. LXI. — M. Denonvilliers et plusieurs chirurgiens crurent dans un cas à une occlusion intestinale.

« On reconnut à l'autopsie, dit M. Denonvilliers, que les accidents tenaient à une petite hernie crurale que nous avions tous méconnue » (*Gazette hebdomadaire*, 30 janvier 1857).

La même erreur de diagnostic a été faite pour des hernies obturatrices. Il faut se souvenir que celles-ci produisent souvent de l'engourdissement de la cuisse et qu'elles occasionnent une douleur quelquefois très-violente sur le trajet du nerf obturateur ou des nerfs cruraux. Enfin, en suivant le conseil de M. Vinson, on devra explorer le petit bassin par le vagin et le rectum.

Le diagnostic de ces différentes formes d'occlusion est donc tellement difficile, d'un autre côté, le traitement dépend d'une façon si immédiate du diagnostic, qu'on ne saurait apporter trop de soin et d'intelligence à éclaircir ces difficiles problèmes.

CHAPITRE III.

DU TRAITEMENT.

Le traitement de l'occlusion intestinale, envisagée d'une façon générale, comprendra quatre paragraphes ; suivant qu'il s'adresse à un obstacle mécanique, à une paralysie musculaire, à une paralysie nerveuse, à une paralysie réflexe.

1° *Traitement de l'occlusion mécanique de l'intestin (diverses variétés d'étranglements internes).*

D'une façon générale, nous pensons que l'on fait un usage beaucoup trop grand de la méthode purgative ; celle-ci en effet ne doit être employée qu'avec la plus grande réserve, et il faut surtout éviter de donner des drastiques à doses élevées et trop souvent répétées.

On comprend cependant qu'en réveillant les mouvements péristaltiques, le purgatif puisse faire disparaître une torsion de l'intestin sur lui-même, peut-être une invagination ; qu'en déterminant une hypersécrétion de la muqueuse intestinale, ce liquide

soit suffisant pour délayer un bol fécal qui obstrue l'intestin au niveau d'un rétrécissement ; peut-être encore peut-on concevoir que les contractions musculaires subitement révélées puissent lever un étranglement interne de la même façon qu'un étranglement externe, comme cela est arrivé quelquefois.

Mais si l'emploi modéré des purgatifs est nettement indiqué dans quelques cas, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de drastiques qu'on donne le plus souvent avec d'autant plus de persistance et de ténacité que la constipation est plus opiniâtre.

Si malgré cela on croit devoir insister sur les purgatifs, combien il sera plus prudent de les donner par le rectum plutôt que par la bouche ; car, surtout si l'obstacle est complet par cette voie, ils pourront produire le même résultat utile, et il n'aura pas cet immense inconvénient de venir s'accumuler au-dessus d'un détroit infranchissable, d'irriter cette partie de l'intestin qu'il ne peut franchir. Cette irritation ne tarde pas à se manifester soit en produisant des vomissements s'ils n'existaient pas, soit en les augmentant s'ils s'étaient déjà produits. C'est sous l'influence de cette idée qu'on avait proposé de donner les purgatifs par la méthode endermique. On ne semble pas en avoir tiré un bon résultat ; peut-être que la méthode hypodermique serait plus avantageuse ; nous ne sachons pas qu'elle ait jamais été essayée dans les cas de ce genre.

Dans les cas d'occlusion mécanique, les purgatifs ne doivent donc être employés pour ainsi dire qu'à titre de moyen explorateur ; s'ils échouent avec l'emploi simultané des autres moyens adjuvants, comme l'emploi de la glace sur le ventre et à l'intérieur, les lavements d'eau glacée, etc., il faut promptement songer aux moyens chirurgicaux ; car plus on insistera sur le traitement médical, plus on aggravera la position déjà si critique du malade.

1° *Dans l'invagination intestinale.*

M. Duchaussoy, dans son mémoire couronné par l'Académie de médecine, dit (1) : « Les purgatifs nous paraissent encore plus

(1) *Compte rendu de l'Acad. de med.*, 1859, p. 175.

nuisibles que les corps pesants, ils ne sauraient, comme eux, qu'augmenter l'invagination, mais en outre ils irritent l'intestin, provoquent l'inflammation et par conséquent l'étranglement du boudin.»

« Pour nous, dit M. Besnier, d'une manière générale, nous n'hésitons pas *à rejeter l'usage des purgatifs dans l'invagination intestinale.* Si l'on admet, en effet, comme nous avons essayé de le démontrer, que, quelle que soit la cause de l'invagination intestinale, une fois le déplacement opéré, le boudin d'invagination constitue un véritable corps étranger qui tendra toujours à cheminer dans le sens du cours des matières, on considérera comme dangereux tous les excitants de la contractilité musculaire intestinale. Si la constipation est le phénomène dominant, on essayera de la combattre en ayant recours aux émulsions huileuses simples, administrées en assez grande abondance, et aux moyens médicaux proprement dits dans le traitement des étranglements par invagination ; la terminaison invariablement funeste de la maladie d'une part, et de l'autre la possibilité bien démontrée d'arriver directement, dans certains cas, sur le siége de la lésion ; l'existence également bien démontrée de cas dans lesquels les lésions de l'intestin étaient peu prononcées, sont autant de *circonstances qui ne permettent plus aujourd'hui de rejeter absolument, et* à priori, *l'intervention d'un traitement chirurgical.*

«Dans le cas où l'invagination donne lieu à un arrêt du cours des matières alvines assez prononcé pour constituer le phénomène dominant, la gastro-entérotomie est évidemment indiquée.»

2° *Dans les rétrécissements,* M. Besnier continue :

« La connaissance des lésions anatomiques graves, dans la portion d'intestin immédiatement située au-dessus de l'obstacle, a une importance considérable au point de vue pratique. Tous les moyens qui peuvent être proposés dans le but d'agir mécaniquement par les voies supérieures doivent être rejetés comme inutiles et comme plus dangereux encore que dans l'invagination. Il n'en est plus de même pour les moyens destinés à agir de bas en haut. »

Un injection liquide, le cathétérisme de la partie inférieure du

gros intestin peuvent être très-utiles. Si on se laissait guider, exclusivement, par la connaissance de la gravité des lésions de l'intestin et de l'inutilité définitive trop bien démontrée des purgatifs, on arriverait à proscrire complétement l'emploi des excitants de la contractilité intestinale dans les cas d'étranglement par rétrécissement. Il est cependant impossible de méconnaître parfois l'utilité des purgatifs.

Enfin, lorsque la maladie paraît avancée et ancienne, la généralité des praticiens reconnaît aujourd'hui qu'on ne doit pas insister sur une thérapeutique illusoire, et qu'il *est temps de faire intervenir la chirurgie.....*

La gastrotomie, telle que nous l'entendons, c'est-à-dire non pas une incision de l'abdomen faite au hasard pour parcourir sa cavité et rechercher l'obstacle, mais une incision pratiquée en un point où il n'est pas douteux que soit l'étranglement, est donc une opération applicable.

Lorsque la maladie arrive à sa dernière période, il devient urgent de donner un écoulement aux matières et aux gaz accumulés dans l'intestin, sous peine de voir se produire une rupture, une perforation de l'intestin, ou un ballonnement tel que le malade va périr par asphyxie. C'est alors que se présente l'indication de la gastro-entérotomie.

3° *Dans les étranglements proprement dits.*

« Cette classe d'étranglements ne présente qu'une bien faible prise à l'action des moyens médicaux proprement dits; la nature de la maladie, sa marche, ses symptômes, les lésions qui l'accompagnent, la rapprochent des étranglements herniaires; et il est facile de comprendre pourquoi les étranglements de cette nature réclameront aussi souvent, plus souvent même que les étranglements hernaires, l'intervention de la chirurgie. »

Après avoir satisfait aux indications (antiphlogistiques, purgatifs, réfrigérants, ponctions), si les accidents continuent « il n'y a plus guère à temporiser, car les lésions de l'intestin et du péritoine vont faire de rapides progrès, et la mort peut survenir d'un moment à l'autre par excès de douleur, asphyxie ou syncope. Dans ces circonstances, si l'on persiste dans l'emploi des moyens

médicaux, ou si l'on abandonne le malade aux ressources de la nature (presque nulles en pareil cas), la mort est aussi inévitable qu'elle l'est à la dernière période du croup confirmé.

« A quel mode d'intervention se déterminera le chirurgien, et quelles sont les circonstances qui justifieront sa détermination ?»

Nous ne discuterons pas ici si c'est la gastrotomie ou la gastro-entérotomie qu'il faut employer quand le chirurgien peut soupçonner le point précis de l'étranglement aux signes suivants :

Douleur vive, fixe, persistante en un point de l'abdomen qui est en même temps mat à une percussion profonde et résistant : ce point deviendra le lieu d'élection de la gastrotomie. Si on n'a aucune probabilité sur le siége de l'obstacle, l'entérotomie, comme la pratique MM. Maisonneuve et Nélaton, sera plutôt indiquée.

On voit donc que, dans la plupart des cas d'étranglement interne, quelle qu'en soit du reste la variété, les moyens médicaux seront le plus souvent insuffisants pour triompher du mal ; c'est ce qui nous a permis de dire d'une façon générale que, contre les obstacles mécaniques, il n'y avait de moyens véritablement utiles que ceux qui pouvaient lever l'obstacle (gastrotomie), ou donner un libre passage aux matières intestinales par une incision de l'intestin (entérotomie), si la première condition ne pouvait être remplie.

2° *Traitement de la paralysie intestinale par altération de la tunique musculaire.*

Nous avons vu précédemment que les causes qui produisent cette paralysie sont le plus souvent de nature inflammatoire ; soit que la paralysie de l'intestin succède à une inflammation suraiguë du péritoine, soit qu'elle résulte d'une congestion, d'un engouement des tuniques de l'intestin et principalement de sa tunique musculaire. C'est donc aux antiphlogistiques et aux calmants qu'il faudra s'adresser pour triompher de cet état de l'intestin, et avant de recourir à ces moyens, il faudra proscrire de la façon la plus complète tous les agents capables d'accroître l'inflammation, et principalement les purgatifs et à plus forte raison les drastiques.

La chirurgie du reste vient de donner tout récemment une

preuve puissante de cette manière de voir en rejetant d'une façon absolue l'emploi des purgatifs après la réduction d'une anse herniée, et en préconisant au contraire l'emploi des calmants à hautes doses.

Nous ne saurions mieux faire du reste que de reproduire ici quelques passages de l'article de M. Lefort, que nous avons déjà cité :

«L'interruption (1) complète du cours des matières solides, liquides ou gazeuses contenues dans l'intestin, est regardée en général comme la cause essentielle et primordiale des accidents qui suivent l'étranglement ; aussi la préoccupation de presque tous les chirurgiens est-elle de lever l'obstacle mécanique qui s'oppose à la progression des matières, dont l'accumulation seule leur paraît causer des phénomènes morbides si redoutables, et de vider le plus tôt possible le tube intestinal.

«Nous croyons au contraire que la rétention des matières intestinales n'est pas la cause immédiate des accidents qui suivent l'étranglement herniaire; nous pensons que cette cause, plus physiologique que mécanique, dépend de l'étranglement, du pincement de l'intestin, mais par la réaction nerveuse qu'ils occasionnent, que ces accidents sont, dans une certaine mesure, indépendants de l'arrêt ou de l'accumulation des matières. Cet arrêt mécanique ne survient souvent qu'après le développement des accidents généraux dus à l'étranglement lui-même. Il peut manquer alors que les accidents existent, il peut cesser alors qu'ils subsistent; mais il vient, il est vrai, s'ajouter presque toujours à l'étranglement, apporter une nouvelle cause perturbatrice, et aggraver des accidents que l'étranglement seul avait amenés et que la dilatation forcée de l'intestin augmente.

«Nous pensons qu'il suffit de lever l'étranglement pour que les accidents cessent, pourvu qu'il ne soit pas déjà survenu de complications, telles que la péritonite ou les perforations. Souvent ces accidents cesseront alors même que les liquides contenus dans le bout supérieur n'auront varié ni en quantité, ni en situation ; *aussi, comme déduction thérapeutique, au lieu d'administrer des purgatifs pour rétablir le plus tôt possible les garde-robes*, nous pen-

(1) *Gazette hebdomadaire*, 17 février 1865.

sons qu'il est important de diminuer ou de supprimer les mouvements du tube digestif, d'éviter les évacuations alvines dans les premiers jours qui suivent l'opération, en administrant l'*opium à doses fractionnées*, pour chercher à arrêter l'inflammation dont l'anse intestinale herniée, mais réduite, est le siége.

«Cette méthode, du reste, n'est pas nouvelle : employée en France par M. Monod, par M. Letenneur, par M. Demarquay, qui a publié une note à ce sujet dans le *Bulletin de thérapeutique* (t. LIX, p. 295), elle est surtout en usage en Angleterre, comme le constate un travail inséré dans le *Medical Times and Gazette*, 1er volume, p. 130, 1861.

«Nous y avons eu recours quatre fois avec succès, et nous avons été frappé de voir les accidents disparaître, bien que le rétablissement des garde-robes n'ait pas eu lieu avant quatre, cinq et six jours.

«Dans notre dernier fait, l'interruption du cours des matières a été de neuf jours depuis le moment de l'étranglement, et aucun accident n'est venu compromettre la guérison, quoique la première selle n'ait eu lieu que six jours après l'opération. »

M. Lefort cite une observation destinée à mettre en relief les faits sur lesquels il désire appeler l'attention.

En voici un résumé abrégé.

Obs. LXII. — La nommée G....., âgée de 53 ans, entre, le 8 décembre 1864, à huit heures du soir, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Rose, 14.

Depuis douze ans la malade porte une hernie crurale droite, réductible, habituellement maintenue.

Il y a quatre ans, ayant quitté son bandage, elle eut des accidents d'étranglement herniaire qui durèrent cinq jours.

Depuis lors aucun accident n'était survenu, lorsque, le 6 décembre, après une course un peu longue, elle fut prise de coliques : la hernie devint douloureuse et irréductible, les vomissements se produisirent. Le taxis resta sans succès.

Le 8 décembre au soir, au moment de l'entrée de la malade, pouls petit, face grippée, vomissements bilieux, tumeur herniaire, irréductible dans la région crurale. — Application de glace sur la tumeur.

Le 9 au matin. Vomissements de matières fécaloïdes se renouvelant à de courts intervalles ; pouls très-petit, extrémités froides. Nouvelle tentative de taxis infructueuse. Opération.

L'étranglement était produit par le collet du sac. Celui-ci ouvert, il s'écoula une petite quantité de sérosité roussâtre, et une masse épiploïque

assez volumineuse se présenta tout d'abord ; on la souleva, et au-dessous d'elle on trouva une anse intestinale fortement injectée, infiltrée et brunâtre.

Nous introduisîmes le doigt, dit M. Lefort, vers le collet du sac, et nous cherchâmes, avec l'ongle d'abord, avec le bout du doigt ensuite, à déchirer ou à dilater son orifice. Cette manœuvre réussit, et après avoir attiré l'intestin au dehors, et nous être assuré qu'il ne présentait aucune perforation, nous le réduisîmes assez facilement, sans qu'il fût besoin d'employer le bistouri pour le débridement. Une ligature très-serrée fut placée sur l'épiploon, qu'on excisa au-dessous d'elle. Pansement à plat. — Prescription: Bouillon, potages, une pilule d'extrait d'opium de 1 centigramme toutes les deux heures.

Immédiatement après l'opération, tous les accidents cessèrent pour ne plus reparaître. Le lendemain, la malade avait dormi une partie de la nuit, et demandait instamment à manger. Nous lui donnâmes du poulet, une côtelette et 300 à 400 grammes de vin. Les pilules d'opium furent encore continuées pendant deux jours.

Aucun accident, on pourrait dire aucun malaise ne survint ; la première garde-robe n'eut lieu que le 15 décembre, c'est-à-dire six jours après l'opération, neuf jours depuis l'étranglement de la hernie. — Un lavement simple donné à la malade en provoqua une seconde.

A dater de ce jour, il ne reste rien de particulier à signaler ; la ligature de l'épiploon est tombée vers le 22 décembre, et la plaie a marché régulièrement vers la cicatrisation, qui était presque complète le 31 décembre, jour où la malade a quitté le service.

Notre excellent ami M. Henri Liouville nous a communiqué deux faits semblables :

Obs. LXIII. — Hernie crurale étranglée (service de M. Ad. Richard), femme de 50 ans, entrée le 5 décembre 1864. Opération. On donne de suite l'opium à assez hautes doses dès le premier jour (8 à 10 centigram.).

L'état s'améliore sensiblement. Quelques selles s'établissent. L'opium est continué pendant trois jours à la même dose. Cependant, vers le quatrième jour, les selles avaient paru un peu s'arrêter, le facies devenir légèrement abdominal, avec un peu de météorisme. On donna, pour la première fois, un très-léger purgatif : 25 grammes de séné dans une infusion de café.

On n'en continue pas moins l'opium à plus faibles doses.

Tout se rétablit dans l'ordre ; il y eut, vers le quatrième jour, une débâcle un peu forte : neuf selles, avec un peu de diarrhée, puis tout se régularisa, l'état général comme l'état local, et la malade sortit guérie le 22 décembre 1864.

Obs. LXIV. — Hernie inguinale étranglée. Homme de 45 ans. Entré

le 6 octobre 1864 (service de M. Ad. Richard). Opium dès le premier jour. Guérison 28 octobre 1864.

M. Lefort continue :

« Avant comme après l'opération nous sommes peu partisan de l'emploi des purgatifs. Leur administration, en augmentant la sécrétion intestinale, pourra avoir pour résultat d'ajouter une nouvelle cause d'excitation, en amenant la réplétion exagérée et la distension du bout supérieur de l'intestin étranglé. En augmentant les mouvements péristaltiques, empêchés au niveau de l'étranglement, ils augmenteront la réaction nerveuse, et ces mouvements, poussés à leur summum, seront presque toujours impuissants à dégager l'intestin de l'anneau qui l'étrangle.

«L'opium, sans rien faire contre l'étranglement lui-même (car nous ne croyons guère à son action dilatatrice sur les anneaux fibreux ou musculaires), aura du moins pour effet de calmer les phénomènes généraux graves dépendant des troubles de l'innervation, et conservera par cela même les forces du malade, si faciles à épuiser dans ces circonstances.

« Après l'opération, nous pensons que les purgatifs sont presque toujours sans utilité et nuisibles. Ils sont sans utilité, puisque de nombreux exemples, et surtout celui que nous venons de citer, montrent que les accidents cessent avec l'étranglement, que des évacuations alvines aient ou n'aient pas lieu. Ils sont nuisibles, car les mouvements artificiellement provoqués de l'intestin peuvent avoir pour effet d'augmenter une inflammation qu'il faut calmer à tout prix; parce qu'ils peuvent provoquer plus facilement une perforation que l'immobilité de l'intestin eût évitée. L'opium, au contraire, en arrêtant ou diminuant les mouvements physiologiques de l'intestin, tend à diminuer et à calmer l'inflammation; il permet à des adhérences de se former en cas de perforation étroite, et calme les phénomènes généraux. Il empêche, il est vrai, les évacuations alvines; mais ce que nous venons de dire montrera, nous l'espérons, que dans les cas de hernies étranglées, il suffit de rendre à l'intestin sa liberté; il suffit que la progression des matières intestinales *soit possible*, il n'est pas nécessaire *qu'elle ait lieu;* car les mouvements placés sous les ordres des plexus abdominaux, cessant d'être impossi-

bles, cessent d'amener une réaction qui, en cas d'immobilisation forcée de l'intestin, se réfléchit énergiquement sur tout le système nerveux. »

Les succès que MM. Lefort, Letenneur, Monod, Demarquay et les Anglais ont obtenus, ne doivent-ils pas encourager les médecins à recourir aux calmants dans les cas de paralysie par altération musculaire?

N'y a-t-il pas entre ces cas une analogie bien frappante. Une anse intestinale qui vient d'être étranglée, et qui a déjà atteint un degré d'inflammation considérable, ne ressemble-t-elle pas complétement à ces altérations spontanées de l'intestin, où on trouve par exemple un ramollissement de toute la tunique musculaire? Dans les cas si nombreux où c'est la péritonite suraiguë qui a amené la paralysie, n'est-il pas plus urgent encore de recourir aux antiphlogistiques et aux calmants? Là, comme dans les cas de hernies, l'administration d'un purgatif ne va-t-elle pas donner à l'inflammation une nouvelle et plus redoutable poussée?

Dans tous les cas que nous avons réunis sous le nom de *paralysie musculaire*, nous croyons donc qu'il faut éviter d'une façon absolue les drastiques et les purgatifs salins, surtout administrés par la bouche. Si on veut essayer la méthode purgative, il ne faudra le faire qu'avec la plus grande prudence, en employant des laxatifs huileux, plutôt que des purgatifs proprement dits. L'huile de ricin, à faible dose ou mélangée à un peu d'huile d'amandes douces, constituera l'un des médicaments qui, dans ces cas, pourra produire l'action que l'on se propose, sans exciter violemment le tube digestif.

Au début des accidents, surtout si ceux-ci présentent une grande intensité, les antiphlogistiques seront indiqués. On aura rarement recours à la saignée générale.

Les saignées locales, les applications de sangsues sur l'abdomen ou à l'anus, les ventouses scarifiées, seront souvent indiquées.

Les réfrigérants, et particulièrement la glace employée à l'intérieur, par la bouche, sous forme de petits glaçons, en lavements, sous forme d'eau froide, plutôt que glacée, et à l'extérieur où elle reste constamment appliquée, peuvent rendre de grands

services. M. Masson a très-bien exposé la façon dont cette méthode doit être employée.

Quand la maladie semble avoir perdu un peu de son acuité, c'est alors que les calmants sont bien nettement indiqués, d'une façon tout aussi positive que dans les cas où une anse intestinale enflammée vient d'être réduite dans la cavité abdominale. Nous avons vu les bons effets de l'opium donné dans ces cas à doses fractionnées, par pilules de 1 centigramme toutes les deux heures. L'opium est-il le meilleur des calmants que l'on puisse donner? est-il le seul?

Lorsqu'on parcourt les observations où les symptômes d'occlusion intestinale ont été les phénomènes dominants, il est rare de rencontrer des cas où les calmants aient été donnés à doses fractionnées et à assez hautes doses; dans la plupart des cas où ils ont été administrés, ils ne l'ont été que pour réparer ou essayer de réparer tout le mal que les purgatifs avaient fait. Aussi les faits que nous connaissons ne sont-ils nullement suffisants pour résoudre ce problème.

« Cependant, dit M. Duchaussoy (1), les narcotiques, l'opium, la belladone, la fumée de tabac, ont donné de nombreux succès dans des cas d'étranglements de cause indéterminée. »

Le chloroforme peut être aussi très utile.

Les deux grands calmants qui se présentent tout de suite à l'esprit sont l'opium et la belladone et leurs sels.

Nous avons cité des cas où l'opium a réussi; mon frère, le Dr Adolphe Henrot, a observé trois cas d'affection intestinale simulant l'étranglement interne qui ont guéri par la glace intus et extra et par l'emploi de la belladone à haute dose. Dans ces cas, l'électricité et les purgatifs avaient échoué. Si l'on cherche dans les propriétés physiologiques de ces deux médicaments leur influence sur la contractilité musculaire, on voit que l'opium diminue la contractilité intestinale, mais qu'il contracte la pupille; que la belladone dilate le col de l'utérus, tandis que, pour M. Brown-Séquard, elle est avec le seigle ergoté un excitant de la contractilité de l'intestin.

(1) *Loc. cit.*, p. 178.

« Des expériences sur les animaux, dit cet auteur (1), m'ont montré de la manière la plus positive que la belladone et le seigle ergoté sont des excitants puissants des fibres musculaires lisses dans les vaisseaux sanguins, l'utérus et les intestins.

« La belladone agit plus que l'ergot sur les fibres musculaires des intestins. »

L'action de ces deux médicaments sur les fibres musculaires de l'intestin n'est donc pas assez bien connue pour qu'on puisse en tirer des indications précises que l'expérimentation clinique peut seule nous faire connaître.

Les révulsifs cutanés pourraient aussi avoir leur utilité dans ces cas.

Nous pouvons donc dire, d'une manière générale, que lorsque la tunique musculaire de l'intestin a subi, sous l'influence de l'inflammation, des modifications qui se traduisent par des signes de paralysie intestinale, il faut proscrire d'une manière absolue les drastiques et tous les irritants du tube digestif, et avoir recours aux antiphlogistiques au début, et ensuite aux calmants, qui doivent devenir alors la base de tout traitement rationnel.

3° *Traitement de la paralysie nerveuse de l'intestin.*

Les moyens destinés à réveiller la contractilité de l'intestin, dans les cas où il n'y a pas d'inflammation de cet organe, sont très-nombreux et très-connus. Les recueils scientifiques contiennent un grand nombre de faits où la guérison est attribuée à l'un de ces différents moyens, nous n'en ferons ici qu'une simple énumération; ce sont : les révulsifs cutanés, les purgatifs, enfin différents moyens propres à exciter la contractilité musculaire.

A. *Révulsifs cutanés.*

Physiologiquement on sait qu'une excitation de peu de durée des parois abdominales par exemple se manifeste par un accroissement d'énergie des contractions du plan musculaire de

(1) *Loc. cit.*, p. 87.

cet organe; de même (1), des brûlures étendues des membres inférieurs déterminent des congestions de l'intestin, du péritoine : c'est évidemment par une action réflexe que se produisent ces contractions ou ces congestions, car si l'on coupe la moelle transversalement à la région lombaire, c'est-à-dire quand on interrompt toute communication avec les nerfs sensitifs des surfaces cautérisées, et les centres d'origine des nerfs vaso-moteurs qui émergent de la moelle au-dessus de la région lombaire, on observe que la congestion ou l'excitation de l'intestin ne se montre plus.

Nous sommes donc porté à croire que dans les différents cas d'occlusion intestinale qui ont cédé promptement à un révulsif appliqué sur la région abdominale (marteau de Mayor par exemple), la guérison est due à une excitation des fibres musculaires de l'intestin produite par une action réflexe excito-motrice.

Les révulsifs cutanés ordinaires, tels que sinapismes, vésicatoires, frictions excitantes, ne produisent pas une perturbation nerveuse suffisante, on a le plus souvent recours à des moyens plus énergiques.

Le marteau de Mayor semble avoir donné dans quelques cas de très-bons résultats; voici un cas où son action a été très-nette.

OBSERVATION LV.

Colique de miséréré. — Guérison instantanée par l'application du marteau Mayor.

Un paysan de la Saussaye, âgé d'environ 30 ans, est subitement atteint de douleurs très-vives dans le ventre, bientôt suivies de nausées, d'éructations, puis de l'évacuation par la bouche d'une partie des matières alimentaires contenues dans l'estomac. Le matin même de ce jour, il se portait à merveille, et rien dans ses antécédents ne pouvait expliquer l'invasion du mal dont il se plaignait. D'ailleurs toutes les ouvertures naturelles où les viscères abdominaux peuvent s'engager et s'étrangler étaient libres; j'avais affaire évidemment à un étranglement interne. A l'intérieur, les purgatifs doux, les antispasmodiques; à l'extérieur, les lavements irritants ou purgatifs, les fomentations sur l'abdomen, les grands

(1) Brown-Séquard, *loc. cit.*, p. 65.

bains, les applications de sangsues sur la région malade, etc., employés consécutivement pendant trois jours, n'amenèrent aucun résultat. Loin d'obtenir un soulagement notable, je vis les accidents prendre un caractère de gravité de plus en plus effrayant, les vomissements devenir d'abord bilieux, puis stercoraux, l'estomac bondir en quelque sorte à la moindre ingestion d'un liquide quelconque et le rejeter sur-le-champ, les douleurs s'exaspérer de plus en plus et arracher des cris forcenés au patient; trois nuits se passer ainsi sans repos, sans sommeil, dans une privation absolue de toute substance nutritive soit liquide, soit solide, en un mot, se dérouler tout le cortége des symptômes qui précèdent en pareil cas une terminaison funeste.

Le 27 octobre, au soir, découragé par l'insuccès de tous les moyens tentés jusque-là et résolu à faire un dernier effort, je soumis le malade à l'action des vapeurs d'éther. Un soulagement d'environ un quart d'heure suivit l'emploi de ce moyen; mais à ce calme momentané succéda bientôt l'apparition de nouvelles douleurs, avec éructations, efforts de vomissement, etc. L'étranglement interne persistait évidemment, et j'avoue que la crainte de voir le malade périr entre mes mains pendant une seconde tentative d'éthérisation me fit renoncer à l'usage de ce remède.

C'est en ce moment extrême, où la mort était imminente, que je songeai, en désespoir de cause, au marteau Mayor. J'en fis quatre applications successives sur le ventre, au niveau du point où les douleurs avaient été le plus vives, et chacune d'elles ne dura pas moins d'une minute. Au lieu de me borner à une application pure et simple du marteau trempé dans de l'eau bouillante, j'appuyai avec force l'instrument sur la surface cutanée abdominale, de façon que son action fût le plus immédiate possible sur les viscères étranglés ou engoués. La douleur qu'en ressentit le malade parut atroce; il lutta même avec énergie contre les personnes qui le tenaient fixé sur son lit pour m'arrêter dans mon opération. Mais cette douleur fut bientôt suivie d'une sensation de bien-être indéfinissable. Au bout de quelques minutes des gaz s'échappèrent par l'anus, qui me firent pressentir le rétablissement de la circulation intestinale. Cette évacuation de gaz devint de plus en plus considérable, et le besoin d'aller à la garde-robe qui l'accompagna me confirma dans l'espérance que j'avais conçue. Une selle abondante s'ensuivit, et prouva que l'obstacle au cours des matières était levé. Le lendemain, le malade était guéri et demandait à grands cris de la nourriture. Quarante-huit heures après, il était rendu à ses occupations. (Dr E. Hervieux, *l'Union médicale*, 22 mars 1851.)

A côté des révulsifs cutanés, nous devons placer des corps qui agissent par leur température.

La glace, appliquée sur le ventre, agit surtout comme antiphlogistique : cependant on est loin de savoir au juste quel est son

mode d'action précis; et quand on voit des paralysies survenir sous l'influence du froid, on peut se demander si la glace ne pourrait pas diminuer considérablement la contractilité intestinale.

En attendant que cette question soit éclaircie, voyons ce que fait l'élévation de la température sur la contractilité de l'intestin, et, avant, rappelons une expérience très-curieuse de M. Cl. Bernard, qui peut rendre compte jusqu'à un certain point de l'action de la chaleur appliquée sur l'abdomen, dans les cas de paralysie intestinale.

La voici :

Tous les muscles (1) ne sont pas également influençables par la chaleur et le froid, et l'on a distingué à cet égard les muscles thermosystaltiques et les muscles athermosystaltiques.

Prenez, par exemple, un animal qui vient de mourir, et dont tous les muscles sont naturellement en repos; en le soumettant à la chaleur d'une manière progressive, ce qui se fait commodément avec de l'eau chaude, vous verrez qu'avec une température déterminée, certains muscles cependant continuent leurs fonctions comme pendant la vie.

Ainsi, vers 20 degrés dans le milieu humide dont nous venons de parler, l'estomac et les intestins retrouvent de nouveau leurs propriétés vitales; l'estomac manifeste d'une manière très-marquée des mouvements péristaltiques, c'est-à-dire dirigés du cardia vers le pylore, et l'on peut assister ainsi à une digestion véritable obtenue artificiellement après la mort. Cela dure pendant un temps variable, une demi-heure ou une heure, et l'action est même si rapide, qu'elle se manifeste dès que l'eau chaude a touché l'estomac, avant même que le mercure du thermomètre ait eu le temps de se dilater et de monter dans la tige graduée. On peut répéter exactement les mêmes expériences sur les intestins, mais il faut dans tous les cas que l'on change la température. Ainsi, si le muscle était originairement à 10 degrés, il faut l'élever un peu au delà de cette température initiale, et les phénomènes que nous venons de décrire se manifesteront aussitôt.

(1) *Revue des Cours scientif.*, 1864, p. 596.

L'élévation brusque de la température produit aussi des mouvements musculaires dans les fibres du cœur et de l'intestin.

On comprend, après cette expérience, comment des sachets de sable chaud ont pu dans certaines circonstances ramener la contractilité de l'intestin. Peut-être le marteau de Mayor agit-il aussi par la chaleur qu'il contient.

B. *Purgatifs.*

Les purgatifs employés dans les cas d'occlusion intestinale sont surtout les purgatifs salins, les drastiques et particulièrement l'huile de croton. Nous avons montré plus haut combien ils étaient nuisibles dans les cas où l'intestin et le péritoine étaient enflammés. Il faut les réserver pour les cas d'atonie de l'intestin, ou de paralysie nerveuse de cet organe. Dans ces cas ils sont de la plus grande utilité ; c'est, nous le croyons, le seul cas où on peut les employer assez largement.

Les succès obtenus par cette méthode dans les cas de paralysie nerveuse sont nombreux.

Cette méthode est très-utile dans les cas d'obstruction par des corps étrangers (vers intestinaux, boules fécales, etc.).

C. *Moyens spéciaux destinés à exécuter la contractilité intestinale.*

En première ligne, nous trouvons l'électricité qui, entre les mains de quelques praticiens, semble avoir obtenu de beaux succès.

M. le Dr Tripier (1) pense que la faradisation à laquelle on ne s'est adressé jusqu'ici que dans des cas très-rares, et à la dernière extrémité, est le premier moyen à employer dans les cas d'occlusion intestinale ; pour nous, nous réservons son emploi pour les cas de paralysie nerveuse où il peut rendre alors d'utiles services.

La strychnine a été aussi très-souvent employée.

Enfin la ponction abdominale, en détruisant la distension extrême des intestins, suffit quelquefois à elle seule pour triompher de la paralysie.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 18 juillet 1863.

M. le Dr Labric (1) a montré que ce moyen n'avait pas toute la gravité que l'on croyait ; il a cité quelques cas où elle avait été réveiller les mouvements péristaltiques, qu'aucun moyen employé jusque-là n'avait pu obtenir.

4° *Traitement de la paralysie réflexe de l'intestin.*

Ce traitement ne nous retiendra pas longtemps, car il doit s'adresser uniquement à la maladie première qui a déterminé la paralysie réflexe. Il sera par conséquent très-différent suivant la cause ; c'est ainsi qu'il pourra consister à débrider un testicule étranglé, à lever l'étranglement d'une épiplocèle, à ouvrir un abcès de la région inguinale, à pratiquer le massage de l'abdomen, etc.

C'est surtout dans les cas de ce genre qu'il faut bien se garder d'agir avec une grande énergie sur le tube digestif, afin de ne pas rendre malade un organe qui ne l'est pas, c'est alors qu'il faut se rappeler ce sage précepte que notre excellent maître, M. le professeur Grisolle, nous répétait souvent : «Quand je ne suis pas sûr d'être utile à mon malade, j'aime mieux ne rien faire que de risquer de lui être nuisible.»

(1) Thèse de Paris, 1852.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-Propos 5

PREMIÈRE PARTIE

Faits cliniques 7
Maladies du péritoine 12
Maladies de l'intestin ou du système nerveux 36
Maladies des organes éloignés 58

DEUXIÈME PARTIE

Étiologie 70

TROISIÈME PARTIE

Symptomatologie 90
Diagnostic 92
Traitement 99

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31

OUVRAGES NOUVELLEMENT PARUS CHEZ LE MÊME ÉDITEUR.

CHEVALIER, **l'étudiant micrographe.** Traité théorique et pratique du microscope et des préparations. Ouvrage orné de planches représentant 300 infusoires et de 200 figures dans le texte, 2e édition, augmentée des applications à l'étude de l'anatomie, de la botanique et de l'histologie, par MM. Alph. DE BREBISSON, Henri van KEURCK, G. POUCHET. 1 vol. in-8°, prix. 7 fr. 50

DOLBEAU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hospice des Enfants assistés, etc. **Traité pratique de la pierre dans la vessie,** 1 vol. in-8, orné de figures dans le texte. 7 fr.

FOLLIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital du Midi, etc. **Leçons sur l'exploration de l'œil** et en particulier sur les applications de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies des yeux, rédigées et publiées par L. THOMAS, interne des hôpitaux, revues par le professeur. Ouvrage orné de 70 figures dans le texte et de 2 planches coloriées, 1 vol. in-8. 7 fr.

GOSSELIN, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, etc. **Leçons sur les hernies abdominales, faites à la Faculté,** recueillies et publiées par L. LABBE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux; revues par le professeur. 1 vol. in-8 de 500 pages avec figures intercalées dans le texte. 7 fr.

GUÉRIN (Alphonse), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc. **Maladies des organes génitaux externes de la femme,** leçons professées à l'hôpital de Lourcine, 1 vol. in-8 de 520 pages. 7 fr.

HARDY, professeur agrégé, chargé du cours de clinique des maladies de la peau à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. **Leçons sur la scrofule et les scrofulides et sur la syphilis et les syphilides.** 1 vol. in-8 de 222 pages. 4 fr.

JACCOUD, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. **De l'organisation des Facultés de médecine en Allemagne**, rapport présenté à Son Excellence le Ministre de l'Instruction publique. vol. in-8 de 175 pages. 3 fr. 50

JACCOUD, **Etudes de pathogénie et de sémiotique** : *les paraplégies et l'ataxie du mouvement.* 1 fort volume de 690 pages. 9 fr.

LABORDE, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de Médecine de Paris, etc. **De la paralysie (dite essentielle) de l'enfance, des déformations qui en sont la suite et des moyens d'y remédier** 1 vol. in-8 avec planches. 5 fr.

MARTIN et COLLINEAU, **De la coxalgie, de sa nature, de son traitement.** Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences. 1 volume in-8° accompagné de 30 gravures sur bois intercalées dans le texte. 7 fr.

MOURA, docteur en médecine. **Traité pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie,** suivi d'observations. *Ouvrage orné de planches explicatives.* 1 vol. in-8 de 198 pages. 4 fr.

NONAT, médecin de la Charité, agrégé libre de la Faculté de Paris, etc. **Traité théorique et pratique de la chlorose,** avec une étude spéciale sur la chlorose des enfants. 1 vol. in-8 de 212 pages. 3 fr. 50

THOMAS (de Tours), professeur de clinique externe, ancien professeur d'anatomie, etc. **Eléments d'ostéologie descriptive et comparée de l'homme et des animaux domestiques**, à l'usage des étudiants des écoles de médecine humaine et de médecine vétérinaire. 1 volume in-8° avec atlas de 12 planches. 12 fr.

STOKES, professeur royal à l'Université de Dublin, etc. **Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte,** ouvrage traduit avec l'autorisation de l'auteur, par le docteur SÉNAC, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 fort vol. in-8 de 746 pages. 10 fr.

WECKER, docteur en médecine des Facultés de Würzbourg et de Paris, professeur de clinique ophthalmologique, etc. **Traité théorique et pratique des maladies des yeux**, tome Ier ; un fort volume in-8 de 850 pages, avec 6 planches gravées et 61 figures intercalées dans le texte. 12 fr.

PARIS. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Monsieur-le-Prince, 31